Bogotá D.C

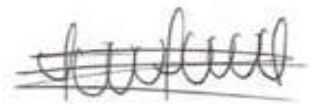
Doctora
DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ
Sub Gerente prestación de servicios de salud
Calle 9 No 39 46
Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE
Teléfono 7560505
Cuidad

REFERENCIA: CARTA DE INTENCION DEL CONTRATISTA

Nombre: Luz Angela Calvo Medina
Perfil: Epidemióloga

Respetada Doctora DIANA MILENA MENDIVELSO DIAZ, reciba cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga con la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente ESE y Cumplir a cabalidad cada una de las actividades que me sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente



CC 52.919.127
Dirección: KR 145b 132 48
Email: Hanjelac@gmail.com
Telefono: 3194976224 Celular: 3502753584

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 19-oct-2024

Fecha Validación:19-oct-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CALVO	MEDINA	LUZ ANGELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52919127	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 8 MES DIC AÑO 1985

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 145B 13248

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3502753584

EMAIL angelac.bacteriologa@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 BASICA											TITULO bachiller academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 2001
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Especialización universitaria	3	X		ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA GENERAL	3	2014	52919127
Universitaria	10	X		BACTERIOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO	12	2007	52919127

Firma electronica validador: null

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual	fundacion nuestra señora de la esperanza	2022	80
TOMA DE CITOLOGIA	LA ASOCIACION DE EGRESADOS DE LA	2010	20
control de la infección en el medio hospitalario	EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	2007	40

DOMINIO DE IDIOMAS

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
inglés	X			X			X		

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsuroccidente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3849160	DIA 9 MES 2 AÑO 2024	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
EPIDEMIOLOGA INSTITUCIONAL	Gestion Del riesgo	Calle 9 No. 39 – 46

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 26 MES 8 AÑO 2021	DIA 31 MES 1 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga epidemióloga	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	KR 3 A ESTE 31C 21 SUR

Firma electronica validador: null

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 4 MES 5 AÑO 2021	DIA 13 MES 8 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga epidemióloga	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	KR 3 A ESTE 31C 21 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 1 MES 2 AÑO 2019	DIA 3 MES 5 AÑO 2021

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga epidemióloga	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	KR 3 A ESTE 31C 21 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 4 MES 7 AÑO 2018	DIA 31 MES 1 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga epidemióloga	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	KR 3 A ESTE 31C 21 SUR

Firma electronica validador: null

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 19 MES 4 AÑO 2018	DIA 30 MES 6 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga epidemióloga	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	KR 3 A ESTE 31C 21 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 17 MES 4 AÑO 2017	DIA 31 MES 3 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga epidemióloga	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	KR 3 A ESTE 31C 21 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 5 MES 9 AÑO 2016	DIA 31 MES 3 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga epidemióloga	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	KR 3 A ESTE 31C 21 SUR

Firma electronica validador: null

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	medioambientepic@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 11 MES 2 AÑO 2016	DIA 31 MES 7 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga epidemióloga	VIGILANCIA SANITARIA	KR 3 A ESTE 31C 21 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	medioambientepic@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 1 MES 1 AÑO 2016	DIA 31 MES 1 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga epidemióloga	VIGILANCIA SANITARIA	KR 3 A ESTE 31C 21 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	medioambientepic@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 1 MES 12 AÑO 2015	DIA 31 MES 12 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga epidemióloga	VIGILANCIA SANITARIA	KR 3 A ESTE 31C 21 SUR

Firma electronica validador: null

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	medioambientepic@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 1 MES 10 AÑO 2015	DIA 30 MES 11 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga epidemióloga	VIGILANCIA SANITARIA	KR 3 A ESTE 31C 21 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	medioambientepic@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 1 MES 4 AÑO 2015	DIA 30 MES 9 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga epidemióloga	VIGILANCIA SANITARIA	KR 3 A ESTE 31C 21 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	medioambientepic@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 1 MES 2 AÑO 2015	DIA 31 MES 3 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga epidemióloga	VIGILANCIA SANITARIA	KR 3 A ESTE 31C 21 SUR

Firma electronica validador: null

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	medioambientepic@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 1 MES 1 AÑO 2015	DIA 31 MES 1 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga epidemióloga	VIGILANCIA SANITARIA	KR 3 A ESTE 31C 21 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	medioambientepic@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 1 MES 11 AÑO 2014	DIA 31 MES 12 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga epidemióloga	VIGILANCIA SANITARIA	KR 3 A ESTE 31C 21 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	medioambientepic@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 3 MES 10 AÑO 2014	DIA 31 MES 10 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga epidemióloga	VIGILANCIA SANITARIA	KR 3 A ESTE 31C 21 SUR

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 19-oct-2024

Fecha Validación:19-oct-2024

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	medioambientepic@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 1 MES 9 AÑO 2014	DIA 30 MES 9 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga epidemióloga	VIGILANCIA SANITARIA	KR 3 A ESTE 31C 21 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	medioambientepic@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 1 MES 7 AÑO 2014	DIA 31 MES 8 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga epidemióloga	VIGILANCIA SANITARIA	KR 3 A ESTE 31C 21 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	medioambientepic@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 1 MES 5 AÑO 2014	DIA 30 MES 6 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacteriologa epidemiologa	VIGILANCIA SANITARIA	KR 3 A ESTE 31C 21 SUR

Firma electronica validador: null

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	medioambientepic@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 1 MES 3 AÑO 2014	DIA 30 MES 4 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga	VIGILANCIA SANITARIA	KR 3 A ESTE 31C 21 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	medioambientepic@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 1 MES 12 AÑO 2013	DIA 28 MES 2 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga	vigilancia sanitaria	KR 3 A ESTE 31C 21 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	laboratorio@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 1 MES 5 AÑO 2013	DIA 30 MES 11 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacteriologa	laboratorio clinico	KR 12 A ESTE # 42 32 SUR

Firma electronica validador: null

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	laboratorio@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 1 MES 4 AÑO 2013	DIA 30 MES 4 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga	laboratorio clinico	KR 12 A ESTE # 42 32 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	laboratorio@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 1 MES 2 AÑO 2013	DIA 30 MES 3 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga	laboratorio clinico	KR 12 A ESTE # 42 32 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	laboratorio@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 21 MES 12 AÑO 2012	DIA 31 MES 1 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga	laboratorio clinico	KR 12 A ESTE # 42 32 SUR

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 19-oct-2024

Fecha Validación:19-oct-2024

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	laboratorio@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 22 MES 10 AÑO 2012	DIA 13 MES 12 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga	laboratorio clinico	KR 12 A ESTE # 42 32 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	laboratorio@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 16 MES 1 AÑO 2012	DIA 15 MES 10 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga	laboratorio clinico	KR 12 A ESTE # 42 32 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	laboratorio@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 2 MES 5 AÑO 2011	DIA 15 MES 1 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga	laboratorio clinico	KR 12 A ESTE # 42 32 SUR

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 19-oct-2024

Fecha Validación:19-oct-2024

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	laboratorio@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 1 MES 2 AÑO 2011	DIA 30 MES 4 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga	laboratorio clinico	KR 12 A ESTE # 42 32 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	laboratorio@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 17 MES 8 AÑO 2010	DIA 24 MES 1 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga	laboratorio clinico	KR 12 A ESTE # 42 32 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTÓBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	laboratorio@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 19 MES 1 AÑO 2010	DIA 15 MES 8 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacterióloga	laboratorio clinico	KR 12 A ESTE # 42 32 SUR

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 19-oct-2024

Fecha Validación:19-oct-2024

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTOBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	laboratorio@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 15 MES 10 AÑO 2009	DIA 17 MES 1 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacteriologa	laboratorio clinico	KR 12 A ESTE # 42 32 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTOBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	laboratorio@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 7 MES 9 AÑO 2009	DIA 3 MES 10 AÑO 2009

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacteriologa	laboratorio clinico	Carrera 12 A ESTE No 42 32 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN CRISTOBAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	laboratorio@esesancristobal.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2091480	DIA 12 MES 5 AÑO 2009	DIA 17 MES 8 AÑO 2009

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
bacteriologa	laboratorio clinico	Carrera 12 A ESTE No 42 32 SUR

Firma electronica validador: null

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 19-oct-2024

Fecha Validación:19-oct-2024

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	0	0
Pública	14	0
Total	14	0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogotá D.C. - null

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

null

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: null

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.919.127

CALVO MEDINA
APELLIDOS

LUZ ANGELA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-DIC-1985
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-ENE-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500110-45125671-F-0052919127-20040504 0192904125P 02 153978123

Powered by CamScanner

La República de Colombia

y en su nombre el

Centro Educativo Compartir Suba

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.,
según Resolución Nº 1903 del 18 de Febrero de 1997

Confiere a:

Luz Angela Calvo Medina

Identificado(a) con T.I. No 831208-40911 de Santafé de Bogotá

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, Artículo 28 Ley 115 de 1994 según los planes y programas vigentes.

Rector (a)

Secretario (a)

Libro de Registro Nº 02

Acta Nº 398 Folio Nº 197

Dado en Bogotá D.C., a 5 de Diciembre de 2009

Con el registro ante la Secretaría de Educación según Resolución No. 02[illegible] del 29 de Mayo de 2004 expedida por el Ministerio de Educación Nacional, y 3830 del 5 de Diciembre de 2005, Presidencia de la República.

18 DIC 2009

OLGA LUCIA VALERO

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO
CENTRO EDUCATIVO COMPARTIR SUBA

JORNADA MAÑANA-TARDE
TRANSVERSAL 120 N. 148-52 TELS: 6970024

INSCRIPCION S.E.: 6908
INSCRIPCION DANE:31100147281

En la ciudad de BOGOTÁ, D.C., a los 5 (cinco) días del mes de DICIEMBRE del año 2.001, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del CENTRO EDUCATIVO COMPARTIR SUBA, Jornada Mañana y Tarde, Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución N. 1903 del 18 de Febrero de 1997. Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos 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 del documento de identidad que se relacionan a continuación:

Luz Angela Calvo Medina
Identificado(a) con T.I. No 851208-40911 de Santafé de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General N. 09, Folio N. 197 de fecha 5 de Diciembre de 2.001 que consta de 157 alumnos, que comienza con el nombre de ACOSTA SAENZ LAYDY TATIANA y cierra con el nombre de YOPASA RODRIGUEZ TANIA LIZETH

Firmada y sellada por ABEL SANTAMARÍA SANCHEZ. Rector y MYRIAN RAMOS MONGUI, Secretaria.

Dada en Bogotá, D.C., a los 5 días del mes de Diciembre de 2001

Firmada y Sellada

Centro Educativo Compartir Suba Rectoría

Rector

ABEL SANTAMARIA SANCHEZ
C.C. 17.183.756 de Bogotá

Centro Educativo Compartir Suba Secretaría

Secretaria

MYRIAN RAMOS MONGUI
C.C. 41.661.684 de Bogotá

NOTA:Según decreto N. 1024 del 15 de abril de 1982.No se requiere autenticación de firmas

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

Resolución 808 de marzo 13 de 1996 expedida por el Ministerio de Educación Nacional
Acuerdo 022 de octubre 13 de 2003 expedido por el Consejo Superior Universitario

En atención a que:

Luz Angela Calvo Medina

C. C. No. 52.919.127 de Bogotá D.C.

Ha cumplido los requisitos y disposiciones legales, para optar al Título de

Bacteriólogo y Laboratorista Clínico

le otorga el presente Diploma que acredita su idoneidad. En testimonio de ello se expide en la ciudad de Bogotá, D.C. – República de Colombia, el día 14 de Diciembre de 2007

Decano

Rector

Secretario General

Libro 03 Folio 182 Folio 37 Registro 10033
Bogotá, D.C. día 14 mes 12 año 2007

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

ACTA DE GRADO No. 182

En Bogotá, D.C., República de Colombia, el catorce (14) de diciembre de dos mil siete (2007), se reunieron en el TEATRO ASTOR PLAZA: el Rector, doctor MIGUEL AUGUSTO GARCÍA BUSTAMANTE; la Decana de la Facultad de CIENCIAS DE LA SALUD, doctora ALICIA ÁLVAREZ DE WELDEFORT y la Secretaria General de la Universidad, doctora CARMEN ELIANA CARO NOCUA, con el fin de presidir la Ceremonia de Grado de:

LUZ ÁNGELA CALVO MEDINA
C.C.52919127 de Bogotá D.C.

Quien terminó sus estudios, cumplió los requisitos de Ley y los Reglamentos de la Universidad, para obtener el título de **BACTERIÓLOGO Y LABORATORISTA CLÍNICO**

Resolución 828 de marzo 13 de 1996, del Ministerio de Educación Nacional y Acuerdo 022 de octubre 15 de 2003, del CONSEJO SUPERIOR UNIVERSITARIO.

Previo juramento se entregó el diploma a la graduanda.

(Fdo.) El Rector, MIGUEL AUGUSTO GARCÍA BUSTAMANTE
(Fdo.) La Decana de la Facultad, ALICIA ÁLVAREZ DE WELDEFORT
(Fdo.) La Secretaria General, CARMEN ELIANA CARO NOCUA

En constancia, firma la presente acta

LA SECRETARIA GENERAL,

CARMEN ELIANA CARO NOCUA

Registro Diploma: ***10033*** *Libro No. 3 -- 14 de diciembre de 2007*

Magda A.

UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

EN ATENCIÓN A QUE:

LUZ ANGELA CALVO MEDINA

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 52.919.127 EXPEDIDA EN BOGOTA D.C.

CUMPLIÓ CON LOS REQUISITOS LEGALES Y ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA GENERAL

DADO EN BOGOTÁ D.C., REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL DÍA 06 DE MARZO DE 2014

RECTOR

DIRECTOR DE POSTGRADOS

PRESIDENTE DE EL CONSEJO DIRECTIVO

DIRECTOR DEL PROGRAMA

SECRETARIO GENERAL

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica: Resolución No.11153 de 1978 Reconocimiento institucional como Universidad: Resolución No. 327 de 1997 del Ministerio de Educación Nacional.

ACTA DE GRADO

El Consejo Directivo de la Universidad El Bosque, en su sesión del día 19 de febrero del año 2014, según consta en el Acta No. 1032 y Acuerdo No. 12124 de la misma fecha, estudió y aprobó la solicitud del aspirante a grado, alumno (a)

LUZ ANGELA CALVO MEDINA
C.C. 52.919.127 de Bogotá D.C.

quien cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos académicos y legales exigidos por la Institución, conforme al concepto previo emitido por el Consejo Académico, motivo por el cual autorizó se le otorgue el título de:

ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA GENERAL

En ceremonia solemne del día 06 de marzo del año 2014, se le hace entrega del diploma No.10360, el cual aparece registrado con el No. 10549, al folio 610 del libro de registro de títulos de la Universidad, correspondiente al año 2014.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de Acta de grado, en Bogotá, D. C., a los seis (06) días del mes de marzo del año dos mil catorce (2014).

CARLOS FELIPE ESCOBAR ROA
RECTOR

LUIS ARTURO RODRÍGUEZ BUITRAGO
SECRETARIO GENERAL

Personería Jurídica Resolución No. 11153 de 1978 Ministerio de Educación Nacional

No. 103447

La salud es de todos

Minsalud

CNB

Colegio Nacional de Bacteriología
CNB - Colombia

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD
BACTERIÓLOGO Y LABORATORISTA CLÍNICO



LUZ ANGELA CALVO MEDINA
C.C.52.919.127
UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA
BOGOTÁ, D.C.
Fecha de expedición del diploma: 2007-12-14
Fecha de inscripción en el ReTHUS: 2008-10-21
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA GENERAL

FIRMA TITULAR

"Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010".

"Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Nacional de Bacteriología - CNB Colombia. Carrera 15 BIS A No 33- 03 Tel: 2886084".

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL

10725

DEPARTAMENTO DEL VAUPÉS
GOBERNACIÓN
SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE VAUPÉS
NIT. 845.000.021-0

RESOLUCION NUMERO 081 DE 2008
(21 DE OCTUBRE)

Por medio de la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE VAUPES (E)

En cumplimiento del Decreto 1875 de agosto 3 1994, expedido por el Ministerio de Salud, según facultad otorgada por el Decreto número 3134 de 1956 y,

CONSIDERANDO:

Que **LUZ ANGELA CALVO MEDINA** , con cédula de ciudadanía No.52.919.127 expedida en Bogotá D.C., ha solicitado autorización del ejercicio profesional como **BACTERIOLOGO Y LABORATORISTA CLINICO**, según TITULO que le otorgó la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, según Acta de Grado No.182.

Que dicho TITULO se encuentra anotado en el Libro 03 Acta 182 Folio 37 Registro 10033 del 14 de Diciembre de 2007.

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio del Municipio de Mitú, en el periodo comprendido entre el 01 de Abril de 2008 y el 30 de Septiembre de 2008.

Que en virtud de lo anterior,

RESUELVE:

ARTICULO UNICO: Autorizar a **LUZ ANGELA CALVO MEDINA**, con cédula de ciudadanía No. 52.919.127 expedida en Bogotá D.C. para ejercer la profesión de **BACTERIOLOGO Y LABORATORISTA CLINICO** en el Territorio Nacional.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Mitú Vaupés, a los 21 días del mes de Octubre de 2008

ERICA BIBIANA CAICEDO SANDOVAL
Secretaria de Salud Departamental (E)

Resultado General -2024-01-27–3:09:54 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	52919127	LUZ	ANGELA	CALVO	MEDINA	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) LUZ ANGELA CALVO MEDINA identificado(a) con CC 52919127 registra La siguiente información:

2024-01-27–3:09:54 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	BACTERIOLOGIA Y LABORATORIO CLINICO	2008-10-21	81	Colegio Nacional de Bacteriologia
ESP	Local	ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA GENERAL	2014-03-06	4664	Colegio Nacional de Bacteriologia

Datos SSO

Tipo Prestación	Tipo Lugar Prestación	Lugar Prestación	Fecha Inicio	Fecha Fin	Modalidad Prestación	Programa Prestación	Entidad Reportadora
Presto SSO	Local	COLOMBIA|VAUPÉS|MITÚ	2008-04-01	2008-09-30	Prestación de Servicios Especializados de Salud en IPS Habilitada	Bacteriología	Colegio Nacional de Bacteriologia

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

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

NIT. 901366232-1

Aprobado por Decreto No.1075 del 26/05/2015. Educación no formal Art. 2.6.6.8.

Certifica

luz Angela Calvo Medina

c.c. 52919127 de Bogota D.C

Realizó y aprobó el Curso de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - Código Fucsia - Resolución 3100 / 2019
con un total de 80 Horas.

Fecha de emisión: 2022-03-30
Fecha de vencimiento: 2022-03-30

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.org

ING. SOLANLLY COVALEDA
Representante Legal.

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista

LA ASOCIACION DE EGRESADOS DE LA UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

"ASEUMA"

CERTIFICA

Que **: LUZ ANGELA CALVO MEDINA**

CC. 52.919.127 de Bogotá

CUMPLIO CON LOS REQUISITOS, DEL CURSO TEORICO - PRÁCTICO
EN TOMA DE CITOLOGIA
ABRIL 05 al 10 DE 2010 con una intensidad de 20 horas.
BOGOTA D. C.

JUDITH BELTRAN DE GONZALEZ
PRESIDENTA

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
NIT: 900959051-7

SE INFORMA QUE:

El (la) señor(a) LUZ ÁNGELA CALVO MEDINA, identificado(a) con CC. No. 52919127, prestó sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:
OBSERVACIONES

Contrato PS 5742 2021:
CONTRATO PS 5742 2021 PLAZO DE EJECUCIÓN HASTA EL 31/08/2021, TERMINACIÓN ANTICIPADA EL 13/08/2021

Contrato PS 6851 2021:

Fecha Inicio: 26/08/2021 **Fecha Terminacion: 31/01/2023**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital. 2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 4. Realizar apropiación conceptual desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS. 5. Participar en la planeación de su competencia de acuerdo al proceso asignado conforme las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS. 6. Elaborar los informes respectivos que se soliciten y que corresponda a las actividades, metas y productos conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS. 7. Gestionar y hacer seguimiento a las canalizaciones del proceso a cargo. 8. Realizar el seguimiento en campo y verificación de productos, metas o actividades al talento humano del proceso a cargo. 9. Generar los espacios que faciliten el direccionamiento técnico y acompañamiento con los equipos operativos asignados. 10. Responder por la gestión administrativa y financiera para garantizar la ejecución de los productos del proceso asignado. 11. Diligenciar el 100% de la información en los tableros de control, indicador y matrices que se generen y soliciten en el proceso asignado. 12. Realizar revisión de las fichas, formatos, documentos, bases o informes generados por las acciones o intervenciones de los equipos territoriales, garantizando la calidad del registro y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS. 13. Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales

que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC. 14. Realizar el listamiento y presentación de los soportes para las auditorías externas que se den en el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas. 15. Responder oportunamente por la información requeridos por las diferentes intervenciones de salud pública, la Subred o la SDS. 16. Responder por la calidad, oportunidad y cumplimiento de las actividades asignadas. 17. Participar en las reuniones y eventos a los cuales sea asignado por la Subred y presentar los informes que le sean requeridos. 18. Responder por el archivo de la documentación generada, en el cumplimiento de sus acciones, de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 19. Realizar las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato. 20. Las actividades podrán ser desarrolladas en cualquiera de los Espacios y/o Procesos Transversales de acuerdo a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y necesidades de los servicios de la Subred.

Contrato PS 5742 2021:

Fecha Inicio: 04/05/2021 **Fecha Terminacion: 13/08/2021**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital. 2. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 4. Realizar apropiación conceptual desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contraactual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS.5. Participar en la planeación de su competencia de acuerdo al proceso asignado conforme las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relación contraactual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS. 6. Elaborar los informes respectivos que se soliciten y que corresponda a las actividades, metas y productos conforme a los anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relación contraactual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS. 7. Desarrollar procesos de asistencia técnica a los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los equipos territoriales. 8. Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 9. Gestionar y hacer seguimiento a las canalizaciones del proceso a cargo.10. Realizar el seguimiento en campo y verificación de productos, metas o actividades al talento humano del proceso a cargo. 11. Generar los espacios que faciliten el direccionamiento técnico y acompañamiento con los equipos operativos asignados. 12. Presentar y responder dentro de los plazos establecidos por los productos, metas o actividades asignadas, con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) y conforme los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contraactual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS. 13. Responder por la gestión administrativa y financiera para garantizar la ejecución de los productos del proceso asignado. 14. Responder por el diligenciamiento de los formatos que se generen, en el cumplimiento de sus acciones, con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) y conforme los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contraactual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS. 15. Diligenciar el 100% de la información en los tableros de control, indicadores y matrices que se generen y soliciten en el proceso asignado. 16. Realizar revisión de las fichas, formatos, documentos, bases o informes generados por las acciones o intervenciones de los equipos territoriales, garantizando la calidad del registro y conforme a

los anexos y lineamientos tecnicos que hagan parte de la relación contraactual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS. 17. Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran , para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC.18. Realizar el listamiento y presentación de los soportes para las auditorías externas que se den en el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas.19. Responder oportunamente por la información requeridos por las diferentes intervenciones de salud pública, la Subred o la SDS. 20. Responder por la calidad, oportunidad y cumplimiento de las actividades asignadas. 21. Participar en las reuniones y eventos a los cuales sea asignado por la Subred y presentar los informes que le sean requeridos.22. Responder por el achivo de la documentación generada, en el cumplimiento de sus acciones, de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.23. Realizar las demás obligaciones asignadas por el supervisor del contrato.24. Las actividades podrán ser desarrolladas en cualquiera de los Espacios y/o Procesos Transversales de acuerdo a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y necesidades de los servicios de la Subred

---

Contrato PS 2231 2019:

Fecha Inicio: 01/02/2019 **Fecha Terminacion: 03/05/2021**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EPIDEMIOLOGIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.

Contrato PS 4692 2018:

Fecha Inicio: 04/07/2018 **Fecha Terminacion: 31/01/2019**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS COMO BACTERIOGO ESPECIALIZADO DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Contrato PS 3817 2018:

Fecha Inicio: 19/04/2018 **Fecha Terminacion: 30/06/2018**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 0083/2017, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos contenidos en el Contrato interadministrativo 0083/2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los paneles de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Contrato PS 3758 2017:

Fecha Inicio: 17/04/2017 **Fecha Terminacion: 31/03/2018**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 0083/2017, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo al ANEXO 3 contenido en el Contrato interadministrativo 0083/2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Contrato PS 1652 2016:

Fecha Inicio: 05/09/2016 **Fecha Terminacion: 31/03/2017**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL COMPONENTE DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA, EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 833/2016, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo al ANEXO 3 contenido en el Contrato interadministrativo 833/2016 suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 16 de Enero de 2024.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563, via correo electronico a certificacionesops@subredcentrooriente.gov.co o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,



MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
Directora de Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

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 tratan los Artículos 286 y S.S. del Código Penal Colombiano)

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Paola Carolina Zabala - Referente OPS

Consecutivo No. 561

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

SE PERMITE INFORMAR QUE:

La señora **LUZ ANGELA CALVO MEDINA,** Identificada con CC. Nº 52.919.127, presta sus servicios de manera personal y autónoma en el Plan de Intervenciones Colectivas - PIC, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR CONTRATO
833-2009	12-05-2009	11-08-2009	$ 5.760.000
ADC. 833	12-08-2009	17-08-2009	$ 384.000
1026-2009	07-09-2009	03-10-2009	$ 1.536.000
1141-2009	15-10-2009	14-11-2009	$ 3.840.000
ADC. 1141	16-12-2009	17-01-2010	$ 2.048.000
293-2010	19-01-2010	15-06-2010	$ 9.751.000
ADC. 293	16-06-2010	15-08-2010	$ 3.980.000
992-2010	17-08-2010	24-01-2011	$ 10.480.667
191-2011	01-02-2011	30-04-2011	$ 6.150.000
701-2011	02-05-2011	31-10-2011	$ 12.231.667
ADC. 701	01-11-2011	15-01-2012	$ 5.125.000
048-2012	16-01-2012	15-10-2012	$ 19.543.333
1076-2012	22-10-2012	30-11-2012	$ 2.763.800
ADC. 1076	01-12-2012	13-12-2012	$ 921.267
1571-2012	21-12-2012	31-01-2013	$ 2.834.667
139-2013	01-02-2013	30-03-2013	$ 4.252.000
781-2013	01-04-2013	30-04-2013	$ 2.126.000
997-2013	01-05-2013	30-11-2013	$ 15.400.000
1806-2013	01-10-2013	30-11-2013	$ 5.858.000
2135-2013	01-12-2013	31-01-2014	$ 5.858.000
ADC. 2135	01-02-2014	28-02-2014	$ 2.929.000
411-2014	01-03-2014	30-04-2014	$ 5.858.000
992-2014	01-05-2014	30-06-2014	$ 5.858.000
1566-2014	01-07-2014	31-08-2014	$ 8.566.000
2555-2014	01-09-2014	30-09-2014	$ 4.283.000
3316-2014	03-10-2014	31-10-2014	$ 4.283.000
4046-2014	01-11-2014	31-12-2014	$ 8.566.000
108-2015	01-01-2015	31-01-2015	$ 4.283.000
918-2015	01-02-2015	31-03-2015	$ 8.566.000
1477-2015	01-04-2015	31-07-2015	$ 17.759.032
Adc.1477-2015	01-08-2015	30-09-2015	$ 8.879.516
2911-2015	01-10-2015	30-11-2015	$ 8.879.516
3530-201015	01-12-2015	31-12-2015	$ 4.439.758
60-2016	01-01-2016	31-01-2016	$ 4.439.758
996-2016	11-02-2016	10-06-2016	$ 18.961.320
ADC.996-2016	11-06-2016	31-07-2016	$ 7.900.550
02-PS-1652-2016	05-09-2016	31-03-2017	$ 21.973.334

PS 3758 2017	17-04-2017	31-03-2018	$	40.133.333
PS 3817 2018	19-04-2018	30-06-2018	$	8.866.667
PS 4692 2018	04-07-2018	31-01-2019	$	28.600.000
PS 2231 2019	01-02-2019	03-04-2019	$	7.560.000

OBSERVACIONES
EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS N° 997-2013 PRESENTA UNA TERMINACION BILATERAL Y ANTICIPADA A PARTIR DEL 4 DE SEPTIEMBRE DE 2013

Contrato PS 4692 2018 plazo ejecución hasta el 03 de marzo de 2019, con acta de terminación a partir del 31 de enero de 2019.

OBJETO CONTRACTUAL ÚLTIMO CONTRATO
PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EPIDEMIOLOGIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

OBLIGACIÓNES ESPECIFICAS ÚLTIMO CONTRATO
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 4. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitación y acreditación de servicios de salud. 5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los 08 días del mes de marzo de 2019.

La presente certificación se expide con base en la información que se encuentra registrada en las Bases de Datos de las vigencias anteriores al 31 de marzo de 2016, transferidas por los antiguos Hospitales que conforman la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., según las disposiciones del Decreto No. 029 de 2015 que reglamenta el proceso de entrega y-o transferencia de los archivos públicos de las entidades que se suprimen, fusionen, privaticen o liquiden; y que desarrolla el artículo 20 de la Ley 594 de 2000 y el artículo 39 del Decreto Ley 254 de 2000, y con la información de las bases de datos de la Subred a partir del 1 de abril de 2016

Para mayor información favor comunicarse al celular 3023399604 o dirigirse a la Avenida Caracas # 33A-11, Dirección de Contratación OPS.

Cordialmente,

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

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.
Proyecto: Adonay Neira Joiro-Técnico Administrativo OPS
Revisó: Lidia Mayorga Lancheros – Abogado Contratista Referente OPS

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fueron fusionados los antes Hospitales BOSA, PABLO VI, KENNEDY, DEL SUR Y FONTIBON en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran en la Dirección de Contratación, se constata que la señor (a) LUZ ANGELA CALVO MEDINA; con documento de identidad No, 52919127 celebró Contrato (s) de Prestación de Servicio como se relaciona a continuación:

#	Año	Contrato	Perfil	Fecha Inicial	Fecha Final	Valor	Unidad
1	2024	4507-2024	PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EPIDEMIOLOGIA	06/02/2024	07/10/2024	$5228106	SUBRED

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN EPIDEMIOLOGIA

Copia Certificada
Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

1 » Contrato: **4507-2024**
Obligaciones:

1. Consolidación de las bases de Covid 19 de las unidades, verificar ajustes y calidad de la base, 2. Recibir la asistencia técnica de SDS (alistamiento de soportes, acompañamiento a las USS mínimo 3 mensuales, capacitación al talento humano de las USS, informar al líder los hallazgos y seguimiento al envió del plan de mejoramiento, articulación con los líderes de la USS y equipo de cada sede asignada) 3. Realizar BAI diaria, semanal y mensual (envió correo a líderes para gestionar las fichas pendientes), 4. Verificación RUAF (verificar eventos de notificación y calidad y oportunidad) 5. Ajustes SIVIGILA (Monitorear el envio de notificación antes de las 12 con calidad y oportunidad incluyendo los fines de semana; diligenciamiento aplicativo ángeles guardianes, realizar ajustes con oportunidad menor a 4 semanas, gestión de hallazgos por retroalimentación de notificación enviadas por VSP, revisión de críticos enviados por laboratorio) 6. Unidades de análisis de EISP liderar y realizar acta y envió a los asistentes máximo en 3 días, participación de unidades distritales, revisión de tablero de problemas en Almera, seguimiento al envió de planes de mejoramiento por el lider, subir actas a Almera) 7. Indicadores trazadores diligenciar antes del 10 de cada mes y participar en reunión mensual, 8. Ángeles guardianes (cumplir con el diligenciando los 2 link de ingreso y egreso) 9. Crónicos (Revisión con patología para identificar casos relacionadas con cáncer y gestionar la realización de fichas) 10. Realizar unidades de casos sin muestra, 11. Presentar realimentación mensual al líder de la unidad y coordinadores sobre: hallazgos de asistencias técnicas, resultados de BAl, calidad de fichas, pendientes, comportamiento de notificación (segundo martes de cada mes), socialización Cove y alertas epidemiológicas, 12. Diligenciar los DRIVE (Viruela símica, casos centinela 345, resultados de asistencias técnicas, indicadores institucionales, hallazgos de unidades de análisis, tiempos y movimientos (notificación mensual y fin de semana), ICONTEC, notificación Sanitas, Capital Salud y capacitaciones, 13: Realizar Capacitaciones al talento humano en protocolos y alertas (presentar actas de socialización de protocolos en reuniones del equipo de la USS y UAT) 14. Verificar el diligenciamiento diario de fichas de notificación en dinamica; 15. Brindar respuesta oportuna a las solicitudes de la dirección de gestión del riesgo, otras direcciones, Capital Salud y SDS y INS, asegúrate, historias clínicas, fichas, enfermedades huérfanas etc, 16. Participación en COVE local y distrital socialización de temas en sus unidades y de Comité de Gestión de Riesgo, 17. Gestionar el cumplimiento de vigilancias centinela, 18. En los casos de apertura de nuevas sedes el epidemiólogo debe gestionar con VSP la caracterización de la UPGD nueva para la instalación del aplicativo SIVIGILA y el inicio de proceso de notificación y en caso del cierte informar a VSP para cierre y desinstalación de aplicativos), 19. Realizar cursos y capacitaciones a las que sea convocado, 20. Realizar cursos, piezas comunicativas, infografías, folletos que fortalezcan el proceso de notificación en el personal.

Los contratos relacionados anteriormente no generaron relación jurídica laboral entre la entidad y el Contratista, solo la ejecución y pago de los productos contratados.

La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como la presente firma acá plasmada , sera responsabilidad exclusiva del contratista, en los termino de que trata los artículos 286 y S.S. del código penal colombiano

Se expide la presente constancia a solicitud del contratista conforme a la información que reposa en base de datos de la Institución a los diecinueve(19) días del mes de Octubre de 2024, la cual no tiene fecha de expiración

Atentamente,

Gabriel Ricardo Camacho Arcila
DIRECTOR DE CONTRATACIÓN SUBGERENCIA CORPORATIVA

Copia Certificada
Subred Suroccidente

Generado por: Luz Angela Calvo Medina

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

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

Fecha:27/01/2024

CONTRIBUYENTE	C.C. 52919127	LUZ ANGELA CALVO MEDINA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 145 B 132 48 Teléfonos: 3194976224

Dirección electrónica: hanjelac@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 01/04/2009

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 01/10/2007 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 74902 - Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p. en el ejercicio de una profesión liberal

Actividad 2: 86911 - Actividades de apoyo diagnóstico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 19-oct-2024

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LUZ ANGELA CALVO MEDINA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 52919127 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección KR 145B 13248 **Teléfonos** 3194976224 3502753584

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
GERARDO CALVO RODRIGUEZ	79048762	Padre
MARIA MEDINA HERNANDEZ	41904045	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 7.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 6.000.000,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 72.108.970,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 85.108.970,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	080778538894	20 de julio	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Casa	kr 145b n 132 48	$ 100.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
banco colpatria	prestamos sobre hipoteca	$ 51.000.000,00

BANCO COLPATRIA	CREDITO LIBRE INVERSION	$ 10.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Firma electrónica:
LUZ ANGELA CALVO MEDINA 19/10/2024 08:04:32

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 19-oct-2024

CIUDAD Y FECHA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	FORMATO SARLAFT	Versión:	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	27/12/2018	
		Código:	18-02-FO-0011	

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

FECHA:	2024-10-19	CIUDAD:	Bogota	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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
		X			

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CALVO	MEDINA	LUZ	ANGELA

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	52,919,127	Bogota	2004-01-22
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1985-12-08	Bogota	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X CASADO( ) DIVORC( )(A) ( )ON LIBRE ( ) VIUDO(A)	0	0	3194976224

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Kr 145b 132 48	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	3194976224

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
hanjelac@gmail.com		PROPIA X	FAMILIAR	ARRENDADA

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C.	C.E.	R.C.	NUIP			
PASAPORTE		OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI	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		IVA			CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI X		SI	NO	7490	8691
		NO	ICA	SI X	NO	PRINCIPAL:	SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI	NO X		SI / NO X		SI / NO X

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI NO X	NO X	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA							# NIT	900.959.048-4
EXPORTACIONES	AGRICOLA	ENERGETICA	NANCIERA	ANSPORTE	NOLOGIA	MENTOS	ME AMENTOS	
OTRA X	CUAL: SALUD							

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**FORMATO SARLAFT**	Versión:	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	27/12/2018	
		Código:	18-02-FO-0011	

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Calle 19A No. 34-94	318615177	Bogota	Cundinamarca	Colombia

CARGO ACTUAL		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		GASTOS FAMILIARES	$ 1.200.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	$ 50.000.000
HONORARIOS	$ 5.228.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	$ 10.000.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	$ 100.000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**$ 5.228.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 1.200.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 100.000.000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 60.000.000**

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
Moreno	**Medina**	**Johanna**	**Mayerly**
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CL 75 C BIS SUR 6 29 ESTE	**BOGOTA/ CUNDINAMARCA/PAIS**	**AMIGA**	**3013414287**

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DAVIVIENDA	**CUENTA DE AHORROS**	**8480311284**	**20 DE JULIO**	**3383838**

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

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:

IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIA ☐ 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 **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del 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, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a 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 ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, con Nit. 900.959.048-4, ubicada en la Calle 9 No. 39-46 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

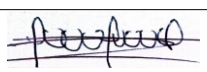
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la 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 para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me 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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Calle 9 No. 39-46, Bogotá, Teléfono 7560505 Ext. 1601)*** 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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14975962403

(415)7707212489984(8020) 000001497596240 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 9 1 9 1 2 7	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

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	52919127	2004-01-22

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CALVO	MEDINA	LUZ	ANGELA

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: CR 145 B 132 48 BRR VERONA

42. Correo electrónico: hanjelac@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 9 4 9 7 6 2 2 4	3 5 0 2 7 5 3 5 8 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades				
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2016-12-12	8 6 9 1	2009-04-01					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 01 - 27 / 14 : 05: 49

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CALVO MEDINA LUZ ANGELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Yo Luz Angela Calvo Medina, identificado(a) con la C.C. No. 52.919.127 de Bogotá, mayor de edad y con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., manifestó bajo la gravedad del juramento:

PRIMERO: Los documentos aportados para la contratación de mis servicios son verídicos y se encuentran actualizados según las normas vigentes y los lineamientos institucionales.

SEGUNDO: La información contenida en los soportes académicos formales e informales presentados de forma magnética son reales:

TIPO DE FORMACION (FORMAL O INFORMAL)	TITULO O CERTIFICACION OBTENIDA	FECHA DE EXPEDICION (DIA, MES, AÑO)	ENTIDAD EDUCATIVA QUE LA EXPIDE	VIGENCIA EN CASO QUE APLIQUE(DIA, MES, AÑO)
FORMAL	Bacterióloga y laboratorista clínica	14/12/2007	Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca	27/01/2024
FORMAL	Epidemiologia general	06/03/2014	Universidad El Bosque	27/01/2024

TERCERO: En calidad de contratista de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., certifico que SI_____NO _x_ existe circunstancia alguna que implique conflicto de intereses en el desarrollo de las actividades asignadas para la presente vigencia.

-Cuenta con familiares trabajando dentro de la Subred Sur Occidente SI___NO_x_

- De ser afirmativa su respuesta responda:
  - Nombre del familiar que trabaja en la institución: _____
  - Parentesco con esta persona: _____

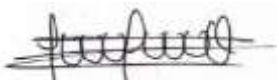
- ¿Por qué medio llego su hoja de Vida a la Subred Integrada Sur Occidente E.S.E?

CORREO ELECTRONICO	X	
RADICACION DE HV DE FORMA FISICA	X	
PLATAFORMA DE EMPLEABILIDAD		
VOZ A VOZ		
REFERIDO POR ALGUN FUNCIONARIO		QUIEN:

CUARTO: Me obligo durante la vigencia del contrato que celebre con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. a actualizar y mantener vigentes los cursos y documentos requeridos.

La presente declaración juramentada se rinde sin perjuicio de lo establecido en los artículos 286 y siguientes del Código Penal Colombiano.

Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto firmo, este documento.



FIRMA _____
C.C. No. 52919127
TELEFONO 3194976224
DIRECCION KR 15B 132 48 BARRIO: VERONA
E-MAIL hanjelac@gmail.com
FECHA 19/10/2024

Colombia Compra Eficiente

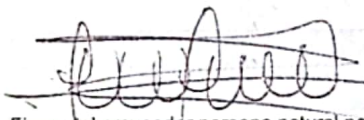
CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

[Nombre del proveedor persona natural], identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado a llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días [19] del mes de [10] de [2024]



Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre: Luz Angela Calvo

Documento de Identidad: 52919127

El futuro es de todos

Colombia Compra Eficiente
Tel. (+57 1)7956600 • Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 17 • Bogotá - Colombia
www.colombiacompra.gov.co

Powered by CamScanner

LISTA DE CONTRATOS DEL PROVEEDOR CON EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

Diligencie este formato, guárdelo en formato PDF y cárguelo al SECOP II siguiendo los pasos explicados en el "Manual de Proveedores para el uso del SECOP II".

Código del clasificador de bienes y servicios de las Naciones Unidas	Objeto del contrato	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Valor	Contratista (singular o plural)	Contratante (sector público o privado)	Datos de contacto del área de la Entidad Estatal encargada del supervisión del contrato
85131702	Bacteriologa – Epidemióloga	19/04/2018	30/06/2018	8.866.667	SINGULAR	Publico	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E 1
85131702	Bacteriologa – Epidemióloga	4/07/2018	31/01/2019	28.600.000	SINGULAR	Publico	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E 1
85131702	Bacteriologa – Epidemióloga	1/02/2019	4/05/2021	107.961.006	SINGULAR	Publico	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E 1
85131702	Bacteriologa – Epidemióloga	4/05/2019	13/08/2021	18.568.539	SINGULAR	Publico	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E 1
85131702	Bacteriologa – Epidemióloga	26/08/2021	31/01/2023	100.323.194	SINGULAR	Publico	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E 1
85131702	Bacteriologa – Epidemióloga	11/11/2022	30/12/2022	10.940.188	SINGULAR	Publico	DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA-SECRETARIA DE SALUD
85131702	Bacteriologa – Epidemióloga	23/02/2023	30/12/2023	72.108.970	SINGULAR	Publico	DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA-SECRETARIA DE SALUD
85131702	Bacteriologa – Epidemióloga	6/02/2024	15/10/2024	43.567.550	SINGULAR	Publico	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Luz Angela Calvo Medina, identificado(a) con CC número 52919127, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 52919127
NOMBRES Y APELLIDOS	Luz Angela Calvo Medina
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	08/12/1985
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/12/2019
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	55 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	50 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	12/06/2022
NIVEL SISBEN	2
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 52919127 LUZ ANGELA CALVO MEDINA Desde 01/07/2022 - Vigente

Generado por interfaces 19/10/2024

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

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUZ ANGELA CALVO MEDINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.919.127**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Octubre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **27/01/2024**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LUZ ANGELA CALVO MEDINA** con **Cédula de Ciudadanía** número **52919127**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**008480311284**
Fecha de apertura	**06/05/2009**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000390574

Régimen : RÉGIMEN

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

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 20/01/2023 11:06:47

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: LUZ ANGELA CALVO MEDINA **C.C** 52919127

EDAD 37 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** EPIDEMIOLOGA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☑	NO ☐			
Visiometría	☐	Glic ☑	Col ☑	Trigli ☑	Otros ☑		
Optometría	☑	**¿Cuáles?** P LIPIDICO					
Audiometría	☐						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

/ CONTROL POR NUTRICION EPS/

CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS

DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Anderson Y. Gómez Ávila
Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

Clinisur IPS Ltda. Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

Nit. 900148264 - 9
Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

OPTOMETRÍA

Ingreso [X] Egreso [ ] Periódico [ ] Caso ocupacional [ ]

Fecha historia 20/01/2023 10:35:00

Doc. Identidad **CC 52919127** Nombre **LUZ ANGELA CALVO MEDINA** Fecha Nacimiento. **08/12/1985**
Entidad **PARTICULAR** Edad **37** Ocupación **EPIDEMIOLOGA**
Fondo de pensión EPS ARL

Anamnesis

Último examen visual | Usa anteojos: Si [ ] No [X] | V.L. [ ] | V.P. [ ] | PC [ ] | Bifocal [ ] | Progresivo [ ] | Filtros [ ]
Frecuencia de uso: Permanente: [ ] Ocasional [ ] Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara? Si [ ] No [ ]
Cirugías Si [ ] No [X] Cuál?
Accidentes oculares Si [ ] No [ ] Cuál?
Signos y síntomas: Asintomático [ ] Disminución visual de cerca [ ] Disminución visual de lejos [ ] Cefaleas [ ] Resequedad ocular [ ]
Ardor ocular [ ] Lagrimeo [ ] Cansancio ocular [ ] Irritación [ ] Fotofobia [ ] Prurito ocular [ ] Salto de renglón [ ]
Antecedentes personales y/o familiares Trae corrección óptica [ ]

Agudeza Visual

C.C.	V.L	V.P.	S.C.	V.L.	V.P.
O.D.				20/20	20/20
O.I.				20/20	20/20

Lensometría

	ESF	CIL	EJE	ADD
O.D.				
O.I.				

Examen Externo

	O.D.	O.I.
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntiva / Pterigio N	[ ] [ ]	[ ] [ ]
Pterigio T / Pinguécula / Nevus / Bleafaratis	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]
Blefaritis seborreica / Secreción / Leucoma corneal	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]
Ptosis palpebral / Otros:	[ ]	[ ]

Motilidad Ocular

CVT: VL **ORTHO** VP **ORTHO** HISHBERG **CENTRADO**
Ducciones **N** Versiones **N** PPC **4 CM**

Oftalmoscopia

	O.D.	O.I.
F.O.A.N. / Papila normal / Brillo foveal normal / Catarata	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ] [ ]
Esclerosis de cristalino / Opacidad de medios / Lesión retinal	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]

Test Ocupacionales

Visión cromática	Visión de profundidad	Campo visual por vonfrontación
O.D: **N**	O.D: **40 DE ARCO**	O.D:
O.I: **N**	O.I:	O.I:

Refracción

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición
O.D:	N	-		+
O.I:	N	-		+

Refracción final **AV**

	Esfera	Cilindro	EJE	Adición	VL	VP
O.D:		-		+		
O.I:		-		+		

Interpretación

	O.D	O.I
No requiere correción óptica	[X]	[X]
Defecto refractivo adecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	[ ]	[ ]
Defecto refractivo no corregido	[ ]	[ ]
Gafas no formuladas	[ ]	[ ]

Diagnóstico

Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

Recomendaciones

Corrección Óptica Permanente [ ] Corrección Óptica Ocasional [ ] Control 6 meses [ ] Control 1 año [ ]
Optometría Clínica [ ] Valoración por oftalmología [ ] Valoración por ortóptica [ ]

Valoración Normal [ ] Anormal [ ]

CONCEPTO

Apto [ ] No apto [ ] **Observaciones:**

Yuly Garzón Posada
Optometra Especialista en
Gerencia en Riesgos Laborales, SST
Res. 12613 de 2016

YULY GARZON POSADA
Especialidad: OPTOMETRIA
CC: 1013579617 RM:

Clinisur IPS 1 Ltda. Salud Ocupacional

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

CLINISUR IPS 1 LTDA

Nit: 900148264

LABORATORIO CLÍNICO

Fecha impresión 20/01/2023 10:20:55

Fecha 20/01/2023 08:58:00

Doc: **52919127** Nombre : **LUZ ANGELA CALVO MEDINA** Edad : **37 Años** Sexo : **F**

Entidad: **PARTICULAR**

Parametro	Resultado	Rango referencia	
PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL	198	200	mg/dl
COLESTEROL HDL	47.4	65	mg/dl
COLESTEROL LDL	128.8	150	mg/dl
TRIGICERIDOS	109	200	mg/dl

Dra. Katherine Diaz G. Bacteriólogo & Lab. Clínico Universidad de Santander TP 54-1172

LISBETH KATHERINNE DIAZ GOMEZ
Especialidad: LABORATORIO CLINICO
CC: 1090424706 RM:

GLICEMIA BASAL				
RESULTADO	73	70	110	mg/dL

Dra. Katherine Diaz G. Bacteriólogo & Lab. Clínico Universidad de Santander TP 54-1172

LISBETH KATHERINNE DIAZ GOMEZ
Especialidad: LABORATORIO CLINICO
CC: 1090424706 RM:

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

La salud es de todos

La salud es de todos | Minsalud

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Luz Angela

Apellidos: Calvo Medina.

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 52.919.127

Fecha de nacimiento: Día 08 Mes 12 Año 1985

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubeola	Única			
Fiebre Amarilla	Única			
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
VPH	1			
	2			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Hepatitis B	1	17 FEB 2021	8HBVC877008	Pedro Miguel Rodríguez
	2	18 MAR. 2021	U-FX190	compensar salud
	3	22 ABR. 2021	U-FX190	Jessica A. Beltrán
Antirrábica	1			
	2			
	3			
	4			
Influenza estacional	Anual			
Otras	H.B	Ref	19-02-22	

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Género	
Cargo	
Título	
Nombre	
Apellidos	
Fecha de Nacimiento	
Nombre y apellido	LUZ ANGELA CALVO MEDINA
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	angelac.bacteriologa@gmail.com
Teléfono	
Celular	3194976244
Nivel Educativo	

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es el nombre de su abuelo?
Respuesta	dania
SMS para recuperar la contraseña	3194976244

Editar

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur Occidente E.S.E

Bogotá D.C.,

Señores: Centro Educativo Compartir Suba

Dirección: Cra. 128 #146-52

Ciudad: Bogotá D.C

Asunto: Verificación de título especialista, profesional, técnico o auxiliar

Respetuoso saludo.

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos comedidamente verificar y confirmar el titulo expedido por parte de su institución, presentado por la (s) siguiente (s) persona (s) para efectos de vinculación y/o contratación, con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.:

Nombres	Luz Angela Calvo Medina
Documento de Identidad	52919127
Título otorgado	Bachillero Académico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	05/12/2001 numero acta: 197
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá D,C

Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 19ª # 34-94
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

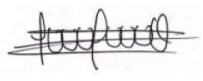
Atentamente,

_____

Director
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

Autorización: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4º de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi título, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.
Atentamente,

FIRMA



_____

NOMBRE DEL COLABORADOR: Luz Angela Calvo Medina
CEDULA: 52919127

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur Occidente E.S.E

Bogotá D.C.,

Señores: Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

Dirección: cl 28 6 02

Ciudad: Bogotá D.C

Asunto: Verificación de título especialista, profesional, técnico o auxiliar

Respetuoso saludo.

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos comedidamente verificar y confirmar el titulo expedido por parte de su institución, presentado por la (s) siguiente (s) persona (s) para efectos de vinculación y/o contratación, con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.:

Nombres	Luz Angela Calvo Medina
Documento de Identidad	52919127
Título otorgado	Bacteriólogo y Laboratorista clínico
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	14/12/2007 numero acta: 182
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá D,C

Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 19ª # 34-94
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

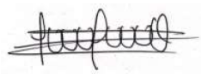
Atentamente,

_____

Director
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

Autorización: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4º de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi título, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.
Atentamente,

FIRMA



_____

NOMBRE DEL COLABORADOR: Luz Angela Calvo Medina
CEDULA: 52919127

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Sur Occidente E.S.E

Bogotá D.C.,

Señores: Universidad El Bosque

Dirección: Kr 7b bis 132 11

Ciudad: Bogotá D.C

Asunto: Verificación de título especialista, profesional, técnico o auxiliar

Respetuoso saludo.

En atención al artículo 23 de la Constitución Política, normas reglamentarias y jurisprudencia nacional, solicitamos comedidamente verificar y confirmar el titulo expedido por parte de su institución, presentado por la (s) siguiente (s) persona (s) para efectos de vinculación y/o contratación, con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.:

Nombres	Luz Angela Calvo Medina
Documento de Identidad	52919127
Título otorgado	Especialista en Epidemiologia General
Fecha del diploma y/o Acta - No. de Acta	06/03/2014 acta numero 103447
Ciudad de expedición del titulo	Bogotá D,C

Por favor, sírvase dirigir su respuesta dentro del término legal a:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
Dirección: calle 19ª # 34-94
Correo Electrónico: verificaciondetitulos@subredsuroccidente.gov.co

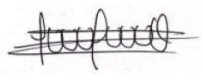
Atentamente,

_____

Director
DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO

Autorización: Teniendo en cuenta que la subred Integrada de Servicios de Salud con Nit N° 900.959.048-4 dando cumplimiento al Artículo 4º de la Ley 190 de 1995, requiere verificar mi título, les informo que autorizo a dicha entidad para adelantar el trámite requerido para la verificación del mismo.
Atentamente,

FIRMA



_____

NOMBRE DEL COLABORADOR: Luz Angela Calvo Medina
CEDULA: 52919127

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DEL PERFIL A CONTRATAR

Bogotá D.C., 18 octubre 2024

PARA: ***DIANA MILENA MENDIVELSO DIAS***
Sugerente de Prestación de Servicios de Salud

DE: ***SMITH EDITH LOZANO GUEVARA***
Profesional especializado

Asunto: Constancia de verificación y cumplimiento de requisitos del perfil a contratar

Atento saludo,

Previa revisión de los documentos entregados por el colaborador que se relaciona a continuación, mediante la presente informo que el mismo cumple con los requisitos necesarios del perfil a contratar.

NOMBRE COLABORADOR: LUZ ANGELA CALVO MEDINA
DOCUMENTO IDENTIDAD COLABORADOR: 52.919.127
PERFIL A CONTRATAR: PROFESIONAL ESPECIALIZADO
SERVICIO O AREA: VIGILANCIA INSTITUCIONAL

Atentamente



SMITH EDITH LOZANO GUEVARA
Profesional especializado
Gestión del Riesgo en Salud

Declaro que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales, y por lo tanto, lo presentamos para firma.				
Cargo Funcionario / Contratista	Nombre	Cargo	Firma	Fecha
Elaborado por:	Smith Edith Lozano Guevara	Profesional especializado		18-10--2024