27/11/2024 Funza Cundinamarca

Doctora
JULIA ISABEL MUELLE
Gerente
E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes
Funza Cundinamarca

Ref.: Presentación propuesta de servicios de Apoyo a la gestión de la E.S.E.

Yo, **LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA,** identificada con la cedula de ciudadanía No. 52 .664.173 expedida en Bogotá d.c , me permito presentar propuesta para prestar mis servicios, cuyos datos describo a continuación, manifestando que acepto las condiciones pactadas en el contrato a suscribir entre las dos partes como Contratista Independiente; así mismo manifiesto que las actividades a realizar las puedo ejecutar en el tiempo acordado con el Hospital.

OBJETO: Prestación de Servicios como PROFESIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA con destino a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza.

ACTIVIDADES A REALIZAR

1) Ajustes y cierre de casos según evento de interés
2) Precrítica de fichas de notificación de enfermedades de interés de salud pública.
3) Validación y cargue de RIPS.
4) Socialización y apoyo en los protocolos, circulares y boletines de salud.
5) Seguimiento al evento 300.
6) Realizar la BAI y envió de acuerdo a los lineamientos establecidos.
7) Realizar la BAI de eventos inmunoprevenibles en el momento que se requiera.
8) Las demás que se requieran para el cumplimiento del objeto contractual.
9) Realizar de manera oportuna la publicación del informe de actividades con soportes en la
plataforma Secop II.

VALOR MENSUAL: El valor de la propuesta por la prestación de los servicios mensual es de **un millón quinientos noventa mil ($ 1.590.000).**
TERMINO INICIAL DE EJECUCION A DETERMINACION DE LA INSTITUCION

SEGURIDAD SOCIAL: Me comprometo de acuerdo a la normatividad vigente a la obligación legal de todo Contratista Independiente, a realizar las afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Pensión, Salud y Riesgo Laboral, a realizar los aportes por mi cuenta y acreditar tales afiliaciones y pagos ante la entidad contratante (E.S.E.), así como acreditar mi registro en el RUT como contratista independiente en la actividad para la cual voy a ser contratado (a).

En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 18 de la Ley 1122 de 2007, los aportes como contratista independiente serán del 40% de los ingresos mensuales recibidos por el contratista, que en ninguna caso podrá ser inferior a un salario mínimo legal vigente, ni superior a 25 salarios mínimos legales vigentes.

INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD: Declaro que no me hallo incurso (a) en ninguna de las causales de inhabilidad e incompatibilidad establecidas en la Ley y que tampoco me encuentro incursa en ninguno de los eventos previstos como prohibiciones especiales para contratar.

DOCUMENTOS: Me comprometo a entregar a la E.S.E. la totalidad de los documentos solicitados para la suscripción del contrato, así como las pólizas y demás documentos a que haya lugar para la legalización y ejecución del contrato.

DIRECCION: Manifiesto que mi dirección de residencia es Cra 19 b numero 7 73 , correo electrónico caril_528@hotmail.com mi número de celular es 3132722051.

Agradezco la oportunidad de prestar mis servicios a esa Entidad.

Cordialmente,

LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA
C.C. No. 52.664.173 de Bogotá

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Gomez	Palencia	Laura Carolina

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 52664173	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 16 MES 12 AÑO 1983	CARRERA 19B 7 73 MNZ 5 CASA 9 villa diana			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	CUNDINAMARCA
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO	FUNZA		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.	TELÉFONO		EMAIL	caril_528@hotmail.com

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	06	AÑO	2005

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA	03	2021	
PREGRADO	4	X		TECNICO PROFESIONAL EN SALUD PUBLICA	12	2009	
PREGRADO	10	X		ADMINISTRACION EN SALUD OCUPACIONAL	08	2022	

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FUNZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUNZA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3132722051	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	25	*Mes*	05	*Año* 2023	*Día*	27	*Mes*	12	*Año*	2023	
CARGO O CONTRATO ACTUAL ACCIONES VIGILANCIA SALUD	*DEPENDENCIA* ALCALDIA - SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 14 13 5						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE GUAINIA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8263211	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	24	*Mes*	01	*Año* 2019	*Día*	23	*Mes*	12	*Año*	2019	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* ALCALDIA DE FUNZA						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FUNZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUNZA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8258760	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	03	*Mes*	09	*Año* 2018	*Día*	29	*Mes*	12	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CARRERA 9N 11 05						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FUNZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUNZA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8261852	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	26	*Mes*	01	*Año* 2018	*Día*	25	*Mes*	08	*Año*	2018	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CALLE 11N 9 99						
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD FUNZA			*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUNZA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 8261852	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*						
	Día	09	*Mes*	02	*Año* 2017	*Día*	18	*Mes*	12	*Año*	2017	
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD PUBLICA					*DIRECCIÓN* CARRERA 9N | 11 - 15						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE GUAINIA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUNZA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8261852	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	05	*Mes*	02	*Año* 2016	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2016
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* alcaldia de funza					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE GUAINIA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUNZA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8261852	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	28	*Mes*	01	*Año* 2015	*Día*	13	*Mes*	12	*Año*	2015
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* ALCALDIA FUNZA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DE GUAINIA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUNZA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	21	*Mes*	01	*Año* 2014	*Día*	20	*Mes*	12	*Año*	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SALUD					*DIRECCIÓN* ALCALDIA DE FUNZA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD ALCALDIA DE FUNZA		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	*MUNICIPIO* FUNZA					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*					
TELÉFONOS 8261852	*FECHA DE INGRESO*					*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	01	*Año* 2013	*Día*	24	*Mes*	12	*Año*	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA	*DEPENDENCIA* SECRETARIA DE SALUD					*DIRECCIÓN* CALLE 14N 13 34					

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	9
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	10

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento 08/08/2024

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA NACIONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.[illegible]4

GOMEZ PALENCIA
APELLIDOS

LAURA CAROLINA
NOMBRES



FIRMA

Powered by CamScan



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-DIC-1982

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

08-JUL-2002 FUNZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACI
ALMABEATRIZ RENGIFO LO

A-1508800-39129541-F-0052664173-20050504 00977 05123D 02 157604543

Powered by CamScan

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES YRENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración: PERIÓDIC

Fecha de publicación: 2024-01-18 19:06

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
LAURA	CAROLINA	GOMEZ	PALENCIA

Documento de identificación

Tipo: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 52664173

Lugar de nacimiento

País: COLOMBIA Departamento: CUNDINAMARCA Municipio: FUNZA

Lugar de domicilio

País: COLOMBIA Departamento: CUNDINAMARCA Municipio: FUNZA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje: **ESE NUETRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE FUNZA**

Lugar de sede

País: COLOMBIA Departamento: CUNDINAMARCA Municipio: FUNZA

Dirección: ["Calle 11 9 - 99"]

Cargo o función que cumple: CONTRATIST

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

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

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$40.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$0,00
Gastos de representación	$0,00
Arriendos	$0,00
Honorarios	$0,00
Otros ingresos y rentas	$0,00
TOTAL	$40.000.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
	FORMATO	FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO SARLAFT/PDAM		GESTIÓN DE CONTABILIDAD
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
	A-FIN-CON-F-001	1	09/03/2023	1 de 4

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	TIPO DE CLIENTE O CONTRAPARTE			TIPO DE SOLICITUD
27/11/2024	Contratista X	Proveedor ___	Personal Planta ___	Vinculación ___
	Prestador IPS ___	Junta Directiva ___	Otro ____	Actualización X

Departamento:	Ciudad:

1. INFORMACIÓN GENERAL

PERSONA NATURAL

Primer Apellido: GOMEZ	Segundo Apellido: PALENCIA	Nombres: LAURA CAROLINA
Tipo De Documento: CEDULA DE CIUDADANIA	No. De Identificación: 52664173	Fecha De Nacimiento: 16 DICIEMBRE 1982
Lugar De Nacimiento: BOGOTA	Fecha De Expedición: 16 DICIEMBRE 1982	Lugar De Expedición: FUNZA
Dirección: Cll 13 N 2 c 53	Ciudad: FUNZA	Departamento: CUNDINAMARCA
Teléfono	Celular: 313 2722051	Profesión/Ocupación: ADMINISTRACION DE SALUD

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? NO ¿Tienen reconocimiento público? NO ¿Tiene grado de poder público? NO ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? NO

PERSONA JURÍDICA

Razón social:	Nit:	Correo electrónico

Tipo de contribuyente: ____ Régimen simplificado ____ Régimen común ____ Grandes contribuyentes ____ Otra ____
¿Cual? _____

Tipo de Empresa: Privada _____ Publica _____ Mixta _____ Sin ánimo de lucro _____

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL		
Salud X Farmacéutico ____ Industrial ____ Servicios ____ Comercial ____ Otro ____ ¿Cuál? _____		
Descripción de la actividad económica: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA		
Dirección oficina principal: CALLE 11 N° 9-99	teléfono oficina principal: 8264000	Celular oficina principal: 3186040512
departamento oficina principal: CUNDINAMARCA	correo oficina principal: GERENCIA@HOSPITALFUNZA.GOV.CO	ciudad oficina principal: FUNZA
Dirección sucursal o agencia	Teléfono Sucursal O Agencia	Celular sucursal o agencia
Departamento Sucursal O Agencia	Correo Sucursal O Agencia	Ciudad Sucursal O Agencia

REPRESENTANTE LEGAL		
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombres:
Tipo De Documento	No. De Identificación	Fecha De Nacimiento
Lugar De Nacimiento	Fecha De Expedición	Lugar De Expedición
Dirección:	Ciudad	Departamento
Teléfono	Celular	Profesión/Ocupación

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS
¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____ ¿Tiene vinculo con una persona considerada PEP? _____

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

relación de accionistas o asociados que tengan directa o indirectamente mas del 5% del capital social, aporte o participación (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Razón Social O Nombres Y Apellidos		Tipo De Documento		No. De Documento
Porcentaje De Participación		Dirección		Teléfono

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____ ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

JUNTA DIRECTIVA (Adjuntar relación si los campos son insuficientes)

Nombres Y Apellidos		Tipo De Documento		No. De Documento
Correo		Dirección		Teléfono

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____ ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS PEP

Nombres Y Apellidos		Tipo De Documento		No. De Documento
Correo		Dirección		Teléfono

RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿Administra recursos públicos? _____ ¿Tienen reconocimiento público? _____ ¿Tiene grado de poder público? _____ ¿Tiene vínculo con una persona considerada PEP? _____

2. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Activos $ 200.000.000		Total Pasivos $20.000.000		Total Patrimonio $ 200.000.000
Ingresos Mensuales $ 6.000.000		Egresos Mensuales $ 5.400.000		Otros Ingresos $

Corte De Información Financiera

3. OPERACIONES INTERNACIONALES

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

Realiza negocios en moneda extranjera		Tipo de transacciones	
		¿Cuál?	

PRODUCTOS FINANCIEROS EN MONEDA EXTRANJERA

Tipo De Producto	No. De Producto	Entidad	Monto	Ciudad	País	Moneda

4. DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

1. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes: ACTIVIDADES PROSESIONALES
2. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal. Los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o cualquier norma que adicione o modifique.
3. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente
4. De manera irrevocable autorizo a la ESE Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, para solicitar, consultar, procesar, suministrar y reportar o divulgar a cualquier entidad con la que mantenga una relación comercial vigente, o que se encuentre debidamente autorizada para manejar o administrar bases de datos, incluidas las entidades gubernamentales, la información contenida en este formulario
5. Los recursos que se deriven del desarrollo de relaciones de este contrato, no se destinarán a la financiación del terrorismo, grupos terroristas o actividades terroristas ni a la proliferación de armas de destrucción masiva.
6. 6. Eximimos a la ESE Hospital Nuestra Señora de las Mercedes de Funza, su representante legal y administradores, de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que se hubiere proporcionado en este documento o de la violación del mismo.

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

1. Fotocopia de documento de identidad personal natural o persona jurídica
2. Fotocopia de documento de identidad personal del representante legal
3. Certificado de existencia y representación legal con vigencia no superior a dos meses para personas jurídicas

6. FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el siguiente documento:



FIRMA

HUELLA

Esta información es confidencial y será utilizada para dar cumplimiento a las Circulares externas 09 del 21 de Abril de 2016 y 05 de 17 de Septiembre de 2021, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141102398787

(415)7707212489984(8020) 000014110239878 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 6 6 4 1 7 3	4	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	52664173	

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
GOMEZ	PALENCIA	LAURA	CAROLINA

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 7 C 6 A 28

42. Correo electrónico: caril_528@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 2 0 0 1 0 1							

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 4 9																									

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 ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha

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

985. Cargo

DOCUMENTO GENERADO SIN COSTO

ALCALDIA
DE FUNZA

DE FRENTE CON LA GENTE
Juntos Avanzamos

LA OFICINA ASESORA JURÍDICA DE FUNZA

CERTIFICA

Que la señora **LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA** identificada con cédula de ciudadanía No.52.664.173 expedida en Funza, suscribió Contrato de Prestación de Servicios con el Municipio de Funza, relacionado a continuación:

Nº.	Fecha Suscripción	OBJETO	Fecha inicial	Fecha Final	Estado Del Contrato	Valor
296	26/01/2018	PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA COORDINACION DEL CENTRO DE ACOPIO DE VACUNAS PAI, REPORTE Y SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS EPIDEMILOGICOS Y SIVIGILA EN SALUD PÚBLICA.	26/01/2018	25/08/2018	Ejecutado	13.945.400

La presente certificación, se expide a solicitud de la interesada, a los tres (03) días del mes de septiembre del año dos mil dieciocho (2018).

KELLY JOHANNA RIOS GOMEZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Elaboro: Mónica F.

contactenos@funza-cundinamarca.gov.co - www.funza-cundinamarca.gov.co

ISO 9001 iconfce SC-CER 116470
IQNet CO-SC-CER116470
CR-CER116080

ALCALDIA
DE FUNZA

DE FRENTE CON LA GENTE
Juntos Avanzamos

LA OFICINA ASESORA JURÍDICA DE FUNZA

CERTIFICA

Que la señora **LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA** identificada con cédula de ciudadanía No.52.664.173 expedida en Funza, suscribió Contrato de Prestación de Servicios con el Municipio de Funza, relacionado a continuación:

Nº.	Fecha Suscripción	OBJETO	Fecha inicial	Fecha Final	Estado Del Contrato	Valor
296	26/01/2018	PRESTACION DE SERVICIOS PARA LA COORDINACION DEL CENTRO DE ACOPIO DE VACUNAS PAI, REPORTE Y SEGUIMIENTO A LOS EVENTOS EPIDEMILOGICOS Y SIVIGILA EN SALUD PÚBLICA.	26/01/2018	25/08/2018	Ejecutado	13.945.400

La presente certificación, se expide a solicitud de la interesada, a los tres (03) días del mes de septiembre del año dos mil dieciocho (2018).

KELLY JOHANNA RIOS GOMEZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Elaboro: Mónica F.

contactenos@funza-cundinamarca.gov.co - www.funza-cundinamarca.gov.co

ISO 9001 icontec SC-CER 116470
IQNet CO-SC-CER116470
GP-CER116090

ARGANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina
Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Fundación Universitaria del Área Andina

ACTA DE GRADO No. 1013

En Bogotá D.C., el 22 de julio de 2024 a las 09:00 horas, se reunieron:

JOSÉ LEONARDO VALENCIA MOLANO, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
PAOLA RUIZ DÍAZ, Decana Nacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte
MARÍA ANGÉLICA PACHECO CHICA, Secretaria General

Para presidir la ceremonia de graduación de:

LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA

Identificada con C.C. No. 52664173, quien cumplió con los requisitos exigidos por la ley y los Reglamentos de la Fundación Universitaria del Área Andina.

Por lo anterior, la Fundación Universitaria del Área Andina en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, la Asamblea y el Consejo Superior, le otorgan el título de **ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA** y proceden al registro de su diploma y acta de grado en el libro 3, folio 181, registro 40648.

En constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., a los 22 días del mes julio de 2024.

María Angélica Pacheco Chica
Secretaria General

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
SECRETARIA GENERAL

...COPIA.DIGITAL.AUTÉNTICA...

Código Seguro de Verificación: m6AC6PTxVKgpqzb7

UNIMINUTO
Corporación Universitaria Minuto de Dios

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 162

La Suscrita Secretaria General de La Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO.

Certifica:

Que en el municipio de Madrid, departamento de Cundinamarca; el día diez (10) de Septiembre de dos mil veintidós (2022), la **Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO**, Institución de Educación Superior, reconocida por el Ministerio de Educación Nacional, previo el juramento reglamentario, confirió el título de **Administradora en Salud Ocupacional** a **Laura Carolina Gomez Palencia** con cédula de ciudadanía No. **52.664.173** quien aprobó la opción de grado correspondiente y cumplió con las normas legales, los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Estatutos y Reglamentos para el grado, y le otorgó el Diploma No. **DP012162717178394** que la acredita como tal, registrado en el Folio **717** del Libro No. **012** de Registro de Títulos expedidos por la **Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO.**

La Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO está autorizada para conferir este título por la Ley 30 del 28 de Diciembre de 1992. El programa cuenta con Resolución de Registro Calificado según Código SNIES 91236 concedido por el Ministerio de Educación Nacional.

En constancia de lo anterior se firma en el municipio de Madrid, departamento de Cundinamarca; el día diez (10) de Septiembre de dos mil veintidós (2022).

Javier Alonso Arango Pardo
Rector UBVD

Linda Lucía Guarín Gutiérrez
Secretaria General

UNIMINUTO

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Laura Carolina Gomez Palencia

CC No. 52.664.173

Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución, la cual, con las debidas autorizaciones le otorga el título de

Administradora en Salud Ocupacional

Código SNIES: 91236

en testimonio se firma y sella este diploma

Consejo de Fundadores

Rector General

Rector UBVAD

Secretario General

Personería Jurídica otorgada por Resolución No 10145 del 1 de Agosto de 1990 Ministerio de Educación Nacional

República de Colombia

Folio 217 del Libro de Registro No.012 Madrid, 10 de Septiembre de 2022 No. DP 012022171791

La República de Colombia

y en su nombre

La Institución Educativa Departamental de Funza

Funza - Cundinamarca

Jornada Nocturna

Aprobado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, según
Resolución Nº 005570 del 3 de Diciembre de 2003

Confiere a:

Laura Carolina Gómez Palencia

Identificado (a) con C.C. Nº 52.664.173 de Funza

El Título de

Bachiller Académico

Por haber finalizado y aprobado los ciclos lectivos especiales integrados, de la Educación Media Académica de Adultos, dando cumplimiento al Artículo 16 del Decreto 3011 del 19 de Diciembre de 1997, según los planes y programas vigentes

INSTITUCION EDUCATIVA DEPARTAMENTAL FUNZA

Rector

Secretaria Ejecutiva

Libro de Registro Nº

Acta Nº 022

Folio Nº 062

... - Cundinamarca, a los 24 días del mes de Junio del año 2005

... de la Secretaría de Educación, según Decreto No. 021
... expedida por el Ministerio de Educación Nacional
... de Junio de 1953, Gerardo de la República ...

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 258420383

PIB
17:35:08

Bogotá DC, 20 de noviembre del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52664173:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 07 de agosto de 2024, a las 11:24:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52664173
Código de Verificación	526641732408071124 33

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 20 de noviembre de 2024, a las 17:36:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52664173
Código de Verificación	526641732411201736 44

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

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

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 252083154

PIB
11:12:35

Bogotá DC, 07 de agosto del 2024

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52664173:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Política y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 20/11/2024 05:41:13 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **52664173 .**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **105442715** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 05:57:09 PM horas del 20/11/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52664173**

Apellidos y Nombres: **GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

DIJIN

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

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 17:42:48 horas del 20/11/2024, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **52664173,** Apellidos y Nombres **GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ALCALDIA**, con NIT **000000000-0** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 52664173 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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

Se expide en Bogotá el 20/11/2024 05:44 PM

Código Verificación: **PZ5CY4DSAT**

Válida hasta: **18/02/2025**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

ACCION Y GESTION AYG SALUD OCUPACIONAL SAS

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 23/Ene/2024, **Hora:** 02:22.59 p m. **HC:** # 65239

Apellido: GOMEZ PALENCIA **Nombre:** LAURA CAROLINA **Edad:** 40 años

Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 52664173 **Sexo:** Femenino **Rh:** A+

Direccion: CRA 19 B NÂ° 7-73. **Nacim:** 16/Dic/1983

Estado Civil: Viudo **EPS:** FAMISANAR **ARL:** Sin Definir **AFP:** PROTECCION

Empresa: Particular

Cargo: No Aplica **Ciudad:** Cundinamarca - Funza

Examenes Realizados

☑ Examen Medico Ocupacional con enfasis osteomuscular ☑ Osteomuscular

Recomendaciones Generales

Control Medico anual en Eps., 1- Estilo De Vida Saludable, 2- Énfasis en Actividad Física regular, Dotación y uso de EPP. Seguir normas de SG/SST. Pausas activas e higiene postural como lo indique la empresa, Distanciamiento social durante jornada laboral , Se recomienda el uso de tapabocas permanente, uso de guantes y lavado de manos constantemente..

Recomendaciones Especificas

Examenes Ordenados

- Control Medico anual en Eps.

Recomendaciones Especificas

- 1- Estilo De Vida Saludable
- 2- Énfasis en Actividad Física regular
- Dotación y uso de EPP. Seguir normas de SG/SST. Pausas activas e higiene postural como lo indique la empresa
- Distanciamiento social durante jornada laboral.
- Se recomienda el uso de tapabocas permanente, uso de guantes y lavado de manos constantemente.

Resultados

Examen **Resultado**

Concepto

Sin restricción laboral

Recomendaciones Personalizadas

- Paciente que al examen medico ocupacional no presenta sintomas respiratorios, pulmones ventilados sin agregados, sin signos de dificultad respiratoria, saturando adecuadamente al medio ambiente, afebril, sin signos aparentes sospechosos de covid-19. En caso de signos de alarma consultar a EPS.

Consentimiento Informado

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 de 2007 emanada del ministerio de protección social, el trabajador, cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Los hallazgos fueron consignados en historia clinica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

CALLE 15 # 16 77 FUNZA CUNDINAMARCA TEL 9223896 CEL .3202525622

EMAIL. aygsaludocupacional@ gmail.com

Jose Manuel Charris Contreras
Medico Ocupacional
Lic. de S.O #: 10832/2014
Registro #: 73716-11

LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA
CC 52664173

Huell
Digit

PAI
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

GOBIERNO DE COLOMBIA MINSALUD

NOMBRE: Laura Carolina Gomez Palencia **NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52664173**

VACUNA	DOSIS	FECHA DE APLICACION			NÚMERO DE LOTE	LABORATORIO	IPS VACUNADORA	FECHA DE PRÓXIMA CITA			NOMBRE DE VACUNADOR
		DD	MM	YYYY				DD	MM	YYYY	
Influenza estacional Mujeres gestantes a partir de la semana 14	Primera										
	Segunda										
	Tercera										
	Cuarta										
	Quinta										
Tétanos, difteria reducida, B. pertussis acelular (TdaP) Mujeres gestantes a partir de la semana 26	Primera										
	Segunda										
	Tercera										
	Cuarta										
	Quinta										
Toxoide tetánico y diftérico (Td)	Primera dosis	26	3	2010	027L9004D	GLAXO	PAI EXTRAMURAL				CLARA OJEDA
	Segunda dosis	29	4	2010	EU407026	GLAXO	PAI EXTRAMURAL				CLARA OJEDA
	Tercera dosis	4	5	2011	EU407026	GLAXO	PAI EXTRAMURAL				CLARA OJEDA
	Cuarta dosis	29	12	2011	024L1015C	GLAXO	PAI EXTRAMURAL				CLARA OJEDA
	Quinta dosis	30	8	2012	024L1008C	GLAXO	PAI EXTRAMURAL				CLARA OJEDA
	Refuerzo 1	5	2	2011	20610606	SANOFI	PAI EXTRAMURAL				CLARA OJEDA
	Refuerzo 2										
	Refuerzo 3										
Virus del Papiloma Humano (VPH)	Primera dosis										
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
Rabia Humana	Primera dosis										
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
	Cuarta dosis										
	Quinta dosis										
Suero antirrábico	Primera dosis										
	Adicional										
DPT Acelular	Primera dosis										
	Segunda dosis										
	Tercera dosis										
	Cuarta dosis										
	Quinta dosis										
	Primer Refuerzo										
	Segundo Refuerzo										
Fiebre Amarilla	Única	5	5	2011	55478	SANOFI	PAI EXTRAMURAL				CLARA OJEDA
Fiebre tifoidea	Primera dosis										
	Segunda dosis										
Hepatitis A	Primera dosis	2	9	2014	AHAVB602CD	Glaxo SmithKline	FUNZA SECRETARIA MUNICIPAL				Adriana Burbano Burbano
	Segunda dosis										
Hepatitis B	Primera dosis	30	11	2010	20610606	SANOFI	PAI EXTRAMURAL				CLARA OJEDA
	Segunda dosis	3	12	2010	20610606	SANOFI	PAI EXTRAMURAL				CLARA OJEDA
	Tercera dosis	5	5	2011	20610606	SANOFI	PAI EXTRAMURAL				CLARA OJEDA
	Refuerzo										
	Adicional										
Influenza estacional	Primera										
	Dosis anual										
	Dosis anual										
	Dosis anual										
	Dosis anual										
Anti tuberculosis (BCG)	Unica										
Triple viral	Unica										
	Refuerzo										
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	13	4	2019	0128W1300Z	Serum	Funza Hospital Nuestra Señora de las Mercedes	13	4	2019	ROCIO JASBLEIDY MUÑOZ CACERES
	Refuerzo										
Meningococo Conjugado	Primera										
	Segunda										
Meningococo Polisacárido	Unica										
Neumo Conjugado	Unica										
Neumococo Polisacárido	Primera dosis										
	Refuerzo										
Herpes zoster	Unica										
Colera	Unica										
Toxoide Tetánico	Primera										

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA identificado(a) con CC. 52664173 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2005/06/15**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO FUNZA**
Categoría:	**A**

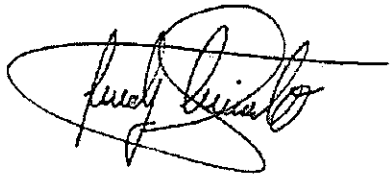
La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 20 días del mes de 11 del año 2024.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GOMEZ PALENCIA LAURA CAROLINA** identificado(a) con **CC** número **52.664.173** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 08 de mayo de 2005 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 21 de noviembre de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20241121115759

DAVIVIENDA

CERTIFICATION

BOGOTA, D.C., **27/11/2024**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Banco Davivienda S.A. (Bank) certifies that **Ms. LAURA CAROLINA GOMEZ PALENCIA** with ID Number **52664173**,

Holds in the Bank:

SAVINGS ACCOUNT

Number	**0570456170038982**
Opening Date	**10/04/2008**

Sincerely,

BANCO DAVIVIENDA

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
	FORMATO	CERTIFICADO DE IDONEIDAD		GESTION DEL TALENTO HUMANO
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
	A-TH-F-015	1	13/04/2024	1 DE 1

LA PROFESIONAL DE TALENTO HUMANO Y HUMANIZACION DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"
NIT. 900.750.333-1

CERTIFICA:

Que una vez verificada la Hoja de Vida del contratista **LAURA GOMEZ PALENCIA** identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 52664173, se ha podido constatar que cumple con todos los documentos requeridos para el objeto y actividades a ejecutar.

Que la persona en mención demuestra la idoneidad y experiencia relacionada.

Para constancia de lo anterior se firma a los veintiocho (28) días del mes de noviembre del Año Dos Mil Veinticuatro (2.024).

CATALINA GONZALEZ ACHURY
Profesional Talento Humano y Humanizacion

Elaboró y Proyectó: Catalina González Achury – Profesional Talento Humano y Humanización
Revisó y Aprobó: Jairo Velasques Chacon / Sub Gerente Administrativo y Financiero

Quienes proyectamos, revisamos y aprobamos, declaramos que el presente documento lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo recomendamos para la firma de la Gerencia de la E.S.E.