SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 4087000-4072406-3183832985-3115117029. NIT 900157744-0

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ⊗ | Periódico ○ | Retiro ○ | Post incapacidad ○ | Caso ocupacional ○
Control ○ | Reubicación ○ | Ingreso al SVE ○ | Trabajo en alturas ○



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **11/02/2021 08:46:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **FLOR STELLA MAYO LOPEZ**

Cargo **AUXILIAR DE ENFERMERIA** Doc. Identidad **CC 41756641**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACION
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIODICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ | Auditivo ○ | Respiratorio ○ | Cardiovascular ○ | Psicosocial ○ | Ergonómico ○ | Otros ○

REMISIÓN SI ○ NO ⊗ **ARL** SI ○ NO ○ **EPS** SI ○ NO ○

SIN RESTRICCIONES FISICAS APARENTES PARA EL CARGO DE ENFERMERA (O)
USO DE GAFAS PERMANENTES
DEBE CONTINUAR CON EL TRATAMIENTO MEDICO YA INSTAURADO POR LA EPS

Solandy E. Ortiz
Dra Solandy E. Ortiz
M.D Laboral
RMO 4788/2015
U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

Stella Mayo Lopez

Trabajador: FLOR STELLA MAYO LOPEZ
CC 41756641
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 08-ene-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MAYO	LOPEZ	FLOR STELLA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 41756641

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 29 MES NOV AÑO 1955

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 4 F No 53 B 23

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4069626

EMAIL telitamayo@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1974

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	CEMCA	1995	2400

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

Sideap 2.0

Versión actualización: 08-ene-2021

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

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: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 5966600	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 5 AÑO 2004	FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	DIRECCIÓN: TV 5 J 48 F 79 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: TRAS MEDICA	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C	MUNICIPIO: Bogotá D.C	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: .	
TELÉFONOS: 6464786	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 7 AÑO 1994	FECHA DE RETIRO: DIA 6 MES 4 AÑO 2004	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: AMBULACIA	DIRECCIÓN: TV 40 N 150 46	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Privada	9	9
Pública	16	8

Escaneado con CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 08-ene-2021

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
Total	26	5

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).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

08-01-21
Bogotá

Flor Stella Hoyos Lopez

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

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

El futuro es de todos

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Sideap 3.0

Ultima Actualización: 08-ene-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, FLOR STELLA MAYO LOPEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ C.E. ○ T.I. ○ **No.** 41756641 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CALLE 4 F No 53 B 23 **Teléfonos** 3202557619 4069626

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LEIDY ANDREINA FLOREZ MAYO	52836156	Hijo(a)
GUISSELLY FLOREZ MAYO	52518564	Hijo(a)

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	$ 20.092.464,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 20.092.464,00

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	008770117342	TRINIDAD GALAN	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
		$ 0,00

Escaneado con CamScanner

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 Centro Oriente E.S.E.

Sideap 2.0

Ultima Actualización: 08-ene-2021

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	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C◯ C.E◯ T.I.◯	

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

Flor Stella Mayo Lopez

FÍRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 08-ene-2021

CIUDAD Y FECHA

Escaneado con CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

CEMCA

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Flor Stella Mayo Lopez en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Auxiliar de Enfermeria.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Flor Stella Mayo Lopez

No. de documento: 41756641.

Tarjeta profesional No: 41756641.

Dirección de contacto: Clle 4F #53823 Piso3.

Teléfono: 3105783499.

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **FLOR STELLA MAYO LOPEZ**, identificada con CC. N° 41.756.641, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

Nº CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR C/TO
363	01/11/2012	28/02/2013	$ 4.995.333
136	01/03/2013	31/08/2013	$ 7.620.000
1012	01/09/2013	28/02/2014	$ 13.368.867
101	01/03/2014	02/03/2015	$ 15.324.667
758	03/03/2015	31/01/2016	$ 14.305.325
244	01/02/2016	09/01/2017	$ 14.351.000
PS 0376 2017	10/01/2017	30/09/2017	$ 13.396.200

OBJETO CONTRACTUAL
PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Apoyar a la jefe del servicio en la entrega y recibo de turno 2. Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas 3. Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica y de la Enfermera, registrando 4. Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada 5. Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno 6. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad 7. Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el médico tratante según competencia 8. Apoyar la gestión administrativa para el ingreso y salida del paciente 9. Dar cumplimiento a las guías y protocolos establecidos por la institución.

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C el día 26 de septiembre de 2017

Para mayor información favor comunicarse a la línea telefónica 288 05 19 o dirigirse a la Carrera 5 No. 33 A-45, oficina 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.
Aprobó: Daniela Rodríguez Goyes- Asesora Dirección Contratación
Proyecto: Isabel Jiménez – Técnico administrativo

Diagonal 34 Nº 5-43
Código postal: 110311
Tel.: 3444484 www.subredcentrooriente.gov.co
Info: Línea 3649666

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

Trasmédica S.A.
11 AÑOS
Cuente con nosotros!
Sistemas de Traslado, Apoyo Diagnostico y Terapéutico en Salud
Nit. 800.163.372-6

LA SUSCRITA GERENTE GENERAL DE TRASMEDICA S.A

HACE CONSTAR:

Que la señora **FLOR STELLA MAYO LOPEZ**, identificada con la cédula de ciudadanía 41.756.641 expedida en Bogotá, laboró en esta Empresa como Auxiliar de Enfermería desde el primero (1º.) de julio de mil novecientos noventa y cuatro (1994), hasta el seis (6) de abril de abril del año dos mil cuatro (2004).

Expedida en Bogotá, D.C a los doce (12) días del mes de abril del año dos mil cuatro (2004).

GLORIA PATARROYO MURILLO MD
Gerente General
TRASMEDICA S.A

/María Helena.

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **41.756.641**

MAYO LOPEZ

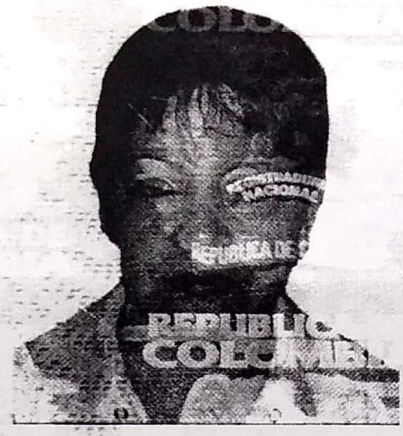
APELLIDOS

FLOR STELLA

NOMBRES

Flor Stella Mayo Lopez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-NOV-1955**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

28-SEP-1977 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00031581-F-0041756641-20080726 **0001**480715A 1 1120013271

Scanned by CamScanner

DIAN®

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14328761084

(415)7707212489984(8020) 000014328761084

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 4 1 7 5 6 6 4 1 – 6. DV: 5

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá — 3 2

14. Buzón electrónico:

IDENTIFICACION

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	4 1 7 5 6 6 4 1	1 9 7 7 0 9 2 8

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
MAYO	LOPEZ	FLOR	STELLA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CL 4 F 53 B 23 P 3

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
elitamayo@hotmail.com		4 0 6 9 6 2 6	3 1 0 5 7 8 3 4 9 9

CLASIFICACION

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 1	2 0 1 5 0 2 2 7							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Usuarios aduaneros

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] — 60. No. de Folios: 1 — 61. Fecha: 2 0 1 5 0 2 2 7

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante: Flor Stella Mayo.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: ROMERO SANDRA FABIOLA

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 27-02-2015 07:30:35AM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 24-02-2015
Hora: 9:28:25 AM

CONTRIBUYENTE NIT 41756641-5 FLOR STELLA MAYO LOPEZ

Información General

Dirección CL 4 F 53 B 23

Teléfonos 4069626 3105783499

Dirección electrónica telitamayo@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 08/08/2012

Soporte Inscripción 14420098

Fecha Inicio Actividades 08/08/2012

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86911-ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Scanned by CamScanner





Stella Mayo
FIRMA

FIRMA AUTORIZADA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION
No. AE-10091 EN: 3-11-1996

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

FLOR STELLA MAYO LOPEZ
NOMBRES APELLIDOS

41.756.641
No CEDULA

0518-96 SSB
MINSALUD

AUXILIAR DE ENFERMERIA
PROFESION

Scanned by CamScanner

RESOLUCION NUMERO 0519 DE

" Por la cual se registra un certificado"

EL SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD
en ejercicio de la delegacion conferida por las resoluciones numero 2085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1.993 emanadas del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO :

Que MAYO LOPEZ FLOR STELLA ********** identificado(a) con cedula de c dadania numero 41756641 expedida en BOGOTA D.E ****, solicito el regis de su Certificado de AUXILIAR DE ENFERMERIA ********** que le otorgo LA ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA CEMCA ********** el 12/16/1995

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO * _ Registrar el Certificado que autoriza MAYO LOPEZ FLOR STELLA ********** , identificado(a) con la cedula ciudadania Nro. 41756641 , expedida en BOGOTA D.E **** para ejercer profesion de AUXILIAR DE ENFERMERIA ********** en el Terri rio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO - La presente Resolucion rige a partir de la fecha de expedicion.

COMUNIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogota, D.C. a los

Origi.
BEATRIZ LONDONO SOTO

BEATRIZ LONDONO SOTO
Secretario Distrital de Salud

C.

Scanned by CamScanner

Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicame…

Cédula de Ciudadanía

41756641

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

6064

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2019-12-06→8:32:09 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	41756641	FLOR	STELLA	MAYO	LOPEZ	Ver

Información Detallada [CC: 41756641] FLOR STELLA MAYO LOPEZ

2019-12-06→8:32:09 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	1998-02-15	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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).

Conmutador: +57(1) 330 5000 - Central de fax: +57(1) 330 5050
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua
Línea de atención de desastres: +57(1) 330 5071 - 24 horas
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales

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

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

Instituto Nacional de Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	flor stella
Apellidos	Mayo Lopez
Documento de Identidad:	CC ☐ TI ☐ PASA PORTE ☐ No. 41756641
Fecha de Nacimiento:	Día: 29 Mes: 11 Año: 1955

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.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

Instituto Nacional de Salud

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Flor Stella
Apellidos:	Mayo Lopez
Documento de Identidad:	C.C. ☑ T.I. ☐ Pasaporte ☐ No. 41756641
Fecha de nacimiento:	Día 29 Mes 11 Año 1958

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza	AH1N1 9-MAY-2011 H1067 V30 Influenza Julio 21 2012 Lot 120351 Influenza Mayo 29 2013 F7068			
Otras	H1N1 Celtura 16 MAY 2011 106836 V2010 Neumococo Abril 14/2011 F5524 Mayo			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	00 Feb/10	A2 H00921 Nov 11	Patricia M
	2	04 Marzo/10	A2 H00921 Nov 11	Paulina K
	3	06 Abril/10	A2 H00921 Nov 11	

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras	Tipo. Marzo 20 2013 Boostrix Tdpa	Boostrix GSK AC37B064AA		

Scanned by CamScanner

Nombre: Tc Stells Mayo Lopez Registro Civil: 41.7...

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nomb
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única						
	Hepatitis B	Recién nacido	02-02/2011	—	—	Tuza		
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª						
	Rotavirus	1ª						
	Neumococo	1ª						
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª						
	Rotavirus	2ª						
	Neumococo	2ª						
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª						
	Influenza	1ª	21-5/2019	GCPU	T3B9311	Chiriqui		
7 Meses	Influenza	2ª						
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª						
	Fiebre Amarilla	1ª						
	Neumococo	Refuerzo						
	Influenza	Anual						
	Hepatitis A	ÚNICA						
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo						
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo						
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo						
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	Pneno 23		14-4/2011					
	DPT-A		20-3/2013		AC33B064Om			
	DPT-A		06-4/2017		AC33D333B			

Copia x 5 Sistemas

Copia x 5 Sistemas Ant

Las vacunas son gra

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe conti la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Scanned by CamScanner

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

CERTIFICA QUE:

FLOR STELLA MAYO LOPEZ

CC: 41756641

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dado en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de junio de 2017

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

José Alfredo Morales Diaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

28 LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)

Scanned by CamScanner

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Aprobación Oficial Según Acuerdo Ejecutivo No. 176 del 21 de Mayo de 2009 del Ministerio de la Protección Social y Resolución No. 008945 del 10 de Diciembre de 2012 de la Secretaria de Educación de Cundinamarca

Nit.: 900.790.014-6

CERTIFICA QUE:

Flor Stella Mayo López

D.I. No. 41.756.641

Asistió al Curso Taller:

Soporte Vital Básico SVB (BLS)

"Abordaje al Paciente con parada Cardiorespiratoria"

El día 17 de Noviembre de 2019, con una duración de 20 horas, Dado en Bogotá D.C.

BASADO EN LAS GUÍAS DE RESUCITACIÓN CARDIO-PULMONAR DEL COMITÉ NACIONAL (CNR:)Y DE LOS COMITES INTERNACIONALES DE REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR 2015-2020, DE ACUERDO LO QUE EXIGE LA RESOLUCIÓN 1043 DEL MIN-PROTECCIÓN SOCIAL PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO Dirección General Nit.: 900.790.014-6

Dra.: MARTHA BIBIANA PERAZA CASTILLO
DIRECTORA GENERAL
R.M. 118653

Dr.: ALEJANDRO SOLANO
INSTRUCTOR BLS-ACLS
R.M. 1030638106

ING.: LEIDY ANDREA CAÑON
COORDINADORA GENERAL
CND.: 25228-352692

Scanned by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT-011
VERSIÓN: 03
FECHA: 2018-12-31

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

FECHA:	08/01/2021	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 Centro Oriente 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:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MAYO	LOPEZ	FLOR	STELLA

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	41.756.641	BOGOTA		28/09/1977
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
19/11/1955	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)					PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO FIJO/ CELULAR
SOLTERO(A) ☐	CASADO(A) ☐	DEVORCIADO(A) ☒	UNION LIBRE ☐	VIUDO(A) ☐		2	

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)						PROFESION/ OFICIO
PRIMARIA ☒	BACHILLER ☒	TECNICO ☒	TECNOLOGO ☐	CUAL:		AUXILIAR ENFERMERIA
UNIVERSITARIO ☐	POSTGRADO ☐	MAGISTER ☐	OTRO ☐			

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 4F 53 B 23 P 3	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	4069626

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)		
FLORSTELLAMAYO29@GMAIL.COM		PROPIA ☐	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(Marcar con X)				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)	
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐					
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD:	

Escaneado con CamScanner

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

ASALARIADO ☐	CONTRATISTA ☒	PENSIONADO ☐	ESTUDIANTE ☐	SOCIO ☐	PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐		
HOGAR ☐	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	OTRA: ☐	CUAL:		
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA: SI ☐ NO ☐	ICA: SI ☐ NO ☐	CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO) PRINCIPAL: 8691	SECUNDARIA:	
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☐		
FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA			NIT		
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE					
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒	ENERGIA ☐	ALIMENTOS ☐	
EXPORTACIONES ☐	FINANCIERA ☐	MEDICAMENTOS ☐	AGROPECUARIA ☐	INDUSTRIAL ☐	TECNOLOGIA ☐	OTRA : ☐	
DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS			
DIAGONAL 34 No 5 -43	3.282.828	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA			
CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA		FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)	FEB/2000			

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS $)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	1.674.372	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	1.674.372	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	320.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	800.000	OTROS EGRESOS*	300.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	2.474.372	TOTAL EGRESOS	1.974.372	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	320.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

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
AMADO	HUERTAS	SANDRA	MARLENE
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CRA 63 No 9 - 46	bogota	AMIGA	3118103575

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	AHORROS	8770117342	TRINIDAD GALAN	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO (Marcar c ☒)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA	MONTO

IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIA ☐	PAGO SERVICIOS ☐	PRESTAMO ☐	OTRO ☐	CUAL:	

8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)

POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE	CORRESPONDECIA ☐	PUBLICIDAD ENTIDAD ☐	MERCADEO ☐	INTERNET ☐	BASE DE DATOS ☐	EVENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☐	INVITACION A COTIZAR ☐	PORTAL WEB SUBRED ☐	LLAMADA TELEFONICA ☐	PORTALES EMPLEO ☐

Escaneado con CamScanner

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000) o cualquier norma que la 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 la 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 CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE 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, modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE 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 CENTRO ORIENTE ESE.

10. 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 legible de la tarjeta profesional del Contador Público.
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 año, 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 conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

11. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTES DE OTROS PAISES.

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 Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 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 tramite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios 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 adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Asociación 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

Escaneado con CamScanner

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

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 Centro Oriente 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, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizado, 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.

NOTA: Si desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

11. 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 EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Flor Stella Hoyo Lopez

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA				13. VERIFICACION DE LA INFORMACION			
1.Fecha y Hora:		2. Ciudad		1. Fecha y Hora:		2. Ciudad	
3.Nombre del funcionario Subred				3. Nombre y Cargo (Contraparte)			
4. Lugar de la Entrevista:				4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:				5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		6. Firma y No Cédula:			
7. Firma y Cédula				7. Nombre Apellidos Funcionario Subred			
8. Proceso Responsable Subred				8. Proceso Responsable Subred			

Escaneado con CamScanner

POST TEST INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN 2019

Total de puntos 100/100

El siguiente instrumento tiene como finalidad analizar el conocimiento obtenido como resultado de la inducción - reinducción. Por tal motivo califique cada enunciado de acuerdo a los rangos propuestos con honestidad y tranquilidad.

Dirección de correo electrónico *

florstellamayo29@gmail.com

Documento de Identidad *

41756641

Nombres y apellidos *

Flor Stella Mayo Lopez

Número de contacto *

3202557619

CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 41756641
NOMBRES Y APELLIDOS	Mayo Lopez,Flor Stella
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Pensionado Del Régimen De Prima Media
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/03/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Mayo Lopez,Flor Stella, a los 08 días del mes de enero del año 2021.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.

INFORMA:

Que reconoció pensión de SOLICITUD POR VEJEZ NORMAL a partir del 06 de Abril de 2018 a favor del(a) Señor(a) FLOR STELLA MAYO LOPEZ, identificado(a) con documento de identidad No. 41,756,641.

El pago de la pensión se realiza bajo la modalidad de Retiro Programado, con una mesada Pensional por valor de $828,116.00 para el año 2019.

Sobre el monto de la mesada pensional se realiza un descuento del 12% por concepto de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para los pensionados que devenguen una mesada superior a diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes y hasta veinte (20) contribuirán con el 1%, y los que devenguen más de veinte (20) salarios mínimos contribuirán con el 2%, destinado al Fondo de Solidaridad Pensional.

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, a los 02 días del mes de Octubre de 2019.

Cordialmente

Gerencia de Clientes

Escaneado con CamScanner

Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

41756.641
Numero de Documento

Seguro Bolivar
ARL

Flor | Stella | Mayo | Lopez
Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido

NOV 29·55 | Bogotá | calle 4F # 53B-23 | 4069626
F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | Teléfono Fijo

Sanitas
EPS - Salud

Porvenir
AFP - Pensiones

$
Honorarios

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Flor Stella mayo29@gmail.com
Correo Electrónico

3202557619
Celular

Flor Stella Mayo Lopez
Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

Escaneado con CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 157689419

WEB
10:44:05

Bogotá DC, 08 de enero del 2021

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) FLOR STELLA MAYO LOPEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 41756641:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

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

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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 viernes 08 de enero de 2021, a las 10:55:42, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	41756641
Código de Verificación	417566412101081055542

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.

FERNANDO ALFONSO CRUZ MONTOYA
CONTRALOR DELEGADO (E)

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 4109979

BogotÃ¡ D.C., 8 de Enero de 2021 - 10:57 am

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **GILMA S/R AREVALO JIMENEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CUARENTA Y UNO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE** de BOGOTA D.C.

41756639

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.



JUAN RAMÓN JIMENEZ OSORIO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_Y7XJF_5710
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:00:26 horas del 08/01/2021, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **41756641**
Apellidos y Nombres: **MAYO LOPEZ FLOR STELLA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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





Dirección: Calle 18A # 69F–45 Zona Industrial, barrio Montevideo. Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes a viernes 7:00 am a 1:00 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: lineadirecta@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2012/10/05
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora FLOR STELLA MAYO LOPEZ
con Cédula de Ciudadanía número 41756641
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 008770117342
Fecha Apertura 2004/09/14

Cordialmente,

DAVIVIENDA
0095 - OFICINA TRINIDAD GALAN

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.
NIT.860.034.313-7
AH 170-1 Rev. IV - 06

Scanned by CamScanner

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

De conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 190 de 1995 en caso de que sobrevenga al acto de nombramiento o posesión alguna inhabilidad o incompatibilidad, lo advertiré inmediatamente a la entidad.

Para todos los efectos legales, certifico que los datos registrados en mi hoja de vida, así como los documentos anexos aportados son veraces.

Para constancia se firma en Bogotá a los 08 de 01 de 2021

Cordialmente,

Flor Stella Mayo Lopez
C.C. 41.756.641 Bta

Escaneado con CamScanner

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. reconozco la importancia de asumir un compromiso con el logro de los objetivos estratégicos institucionales y por ello me comprometo a:

- ✓ Apropiar y promover los valores y principios de la Entidad, de la función administrativa y del Estado, así como instituir las normas éticas que deben inspirar el proceder y las acciones de todos colaboradores de la Institución.
- ✓ Promover en mi grupo de trabajo y con todos los grupos de interés de la entidad, una cultura socialmente responsable orientada al respeto por los derechos humanos, prácticas laborales justas, con enfoque de precaución frente a los impactos ambientales y a la lucha contra la corrupción.
- ✓ Conocer el Manual Código de Integridad y Buen Gobierno AP-TH-MN-05 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, y por lo tanto, el compromiso de actuar en coherencia con su contenido y filosofía dado que se relaciona con las conductas que se deben practicar como colaborador de la Entidad.
- ✓ Actuar bajo los lineamientos del Código de Integridad y Buen Gobierno, a cooperar con mi equipo de trabajo y orientar nuestras actuaciones hacia la transparencia y defensa de lo público.

Adicionalmente me comprometo a:

Nombre: Flor Stella Hayo Lopez

Documento: 41.756.641 Bta

Cargo: Auxiliar Enfermeria

Fecha: 08-01-21

Escaneado con CamScanner

República de Colombia
Escuela de Auxiliares de Enfermería
Cemca

Acuerdo No. 01 del 4 de Marzo de 1993 Minsalud
Resolución No. 5624 de 1994 Mineducación

Teniendo en cuenta que

Flor Stella Mayo López

C.C. No. 41'756.641 de Bogotá

Asistió y aprobó satisfactoriamente los estudios de

Auxiliar de Enfermería

Desarrollados del 17 de Enero de 1994 al 15 de Diciembre de 1995

Con una intensidad de 2.400 horas, le confiere el presente certificado.

Rector — ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA CEMCA RECTORIA

MARIA TERESA CEM R. Directora — ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA CEMCA DIRECCION

Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a 16 de Diciembre 1995

Scanned by CamScanner

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

LA FUNDACION COLOMBIANA DE ALTOS ESTUDIOS TECNICOS

Personeria Juridica No. 1104 de Febrero 10 de 1997 de la Secretaria de Educacion Distrital

CONFIERE EL

DIPLOMADO

EN

ATENCION PREHOSPITALARIA AVANZADA

A

FLOR STELLA MAYO LOPEZ

C.C. 41756.641 DE BOGOTA

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS DURANTE EL CURSO DE TECNICAS PARAMEDICAS DE ATENCION PREHOSPITALARIA AVANZADA Y MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO, CON UNA INTENSIDAD DE 220 HORAS

EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE

CERTIFICADO

EN LA CIUDAD DE BOGOTA, A DICIEMBRE 15 DE 2001

PRESIDENTE

SECRETARIO

Scanned by CamScanner

SERVIMOS EDUCANDO

Colegio JORGE ISAACS

C..... — Teléfono 39 38 70

BOGOTA, D. E.

Federación de Padres de Familia de Bogotá

APROBACION OFICIAL 2965 de 1967 y 4729 de 1969

Personería Jurídica No. 141 Dic de 1969. Resolución 2468 del 17 Junio de 1.970.

Matrícula No 1134
Folio 1408
Inscripción No 1275

LOS SUSCRITOS RECTOR Y SECRETARIO DEL COLEGIO JORGE ISAACS DE LA SOCIEDAD SERVIMOS EDUCANDO, APROBADO POR RESOLUCIONES Nos. 2965 DEL 27 OCTUBRE DE 1.967 PARA LOS CURSOS 1o. y 2o. DE BACHILLERATO, LA 4729 DEL 17 DE NOVIEMBRE DE 1.969 PARA EL CURSO 3o. Y LA 2468 DEL 17 DE JUNIO DE 1.970 PARA EL CURSO 4o. DE BACHILLERATO DIURNOS EXPEDIDAS POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL.

CERTIFICAN:

Que el Alumna FLOR STELLA MAYO LOPEZ Cursó y Aplazó el 4o de Bachillerato correspondiente al año de 1.974 con las calificaciones e intensidad horaria que se expresan a continuación:

Asignaturas	H.S.	Calificaciones:
Educación Religiosa y Moral	3 h	7 Siete.
Español y Literatura	5 h	7 Siete.
Aritmética y Nociones de Geometría	5 h	8 Ocho.
Algebra		
Geometría		
Ciencias		
Biología	3 h	6 Seis.
Anatomía		
Geografía	3 h	5 Cinco.
Historia	4 h	7 Siete.
Inglés	3 h	5 Cinco.
Civismo		
Edu. Física	2 h	7 Siete.
Edu. Artística	3 h	7 Siete.
Tra. Manuales		
Ahorro Escolar		
Actividades Coprogramáticas e Intensificaciones	3 h	8 Ocho.
Vocacionales o Técnicas	4 h	7 Siete.
Disciplina		
Conducta		BUENA.

Aprobó Curso Bendical de INGLES Acta No 47 de Nov.15-30 Cal: 8 Ocho.
CONSTANCIA Acta No 47 de Nov. 15-30 Cal: 7.3 Siete 0/10
Expedido en Bogotá a los 4 días del mes de Noviembre de 1.976.

LARRY A. RODRIGUEZ R.
Secretario.

Scanned by CamScanner

CEMCA

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

APROBACION
ACUERDO 01 DE MARZO DE 1993 MINISTERIO DE SALUD
RESOLUCION 234 DE 1990 SECRETARIA DE EDUCACION

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Santafé de Bogotá, a los quince (15) días del mes de diciembre de mil novecientos noventa y cinco (1995), se reunieron los suscritos Rector y Directora de la Escuela de AUXILIARES DE ENFERMERIA "CEMCA", con el fin de estudiar los resultados académicos y prácticos de los estudiantes de cuarto semestre, con el propósito de conferirles la certificación correspondiente como AUXILIARES DE ENFERMERIA.

Comprobada la situación académica y verificadas las diferentes actividades de prácticas de atención primaria y secundaria de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al último semestre de AUXILIARES DE ENFERMERIA, se procedió a otorgar el certificado al egresando cuyos apellidos, nombres y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

MAYO LOPEZ FLOR STELLA
C.C. No. 41'756.641 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta General de Grado No. 007 de fecha quince (15) de diciembre de mil novecientos noventa y cinco (1995), que consta de 270 alumnos, que comienza con el nombre de ACOSTA RODRIGUEZ ANGELICA y termina con el nombre de WILCHES ROJAS HILDA ENITH, firmada y sellada por LUIS EDUARDO SANCHEZ VASQUEZ (Rector) y MARIA TERESA CELY CLAVIJO (Directora).

Dado en Santafé de Bogotá D.C., a los dieciseis (16) días del mes de diciembre de mil novecientos noventa y cinco (1995).

LUIS EDUARDO SANCHEZ VASQUEZ
C.C. No. 17'037.843 de Bogotá

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA CEMCA RECTORIA

MARIA TERESA CELY C

MARIA TERESA CELY CLAVIJO
C.C. No. 51'735.987 de Bogotá

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA CEMCA DIRECCION

Calle 36 No. 15-63 ☎ 245 94 33 - 288 43 21 - Santafé de Bogotá, D. C. - Colombia

Scanned by CamScanner

La unidad de servicio de salud Rafael Uribe Uribe

Reconoce a:

Cami Chircales

Por su participación y compromiso en el desarrollo del COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA LOCAL

FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
Subgerente de Servicios de Salud

SANDRA LILIANA GUERRERO PALACIO
Coordinadora de Salud Pública

Bogotá D.C. Julio 2016

Secretaría de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E.
Unidad de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

CENTRO EDUCATIVO MODERNO

C E M C A

Resoluciones: 173 de 1.975 Secretaría de Educación D. E.

00109 de 1.986 Secretaría de Salud D. E.

TENIENDO EN CUENTA QUE:

Stella Mayo López

APROBO SATISFACTORIAMENTE EL CURSO DE:

CAPACITACION EN ENFERMERIA

DICTADO DEL 11 DE JULIO DE 1988 AL 20 DE JUNIO DE 1989

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 960 HORAS

LE CONFIERE EL PRESENTE

CERTIFICADO

CENTRO EDUCATIVO MODERNO
RECTORIA
BOGOTA D. E.

Rector

CENTRO EDUCATIVO MODERNO

Secretario General

Dado en Bogotá D. E. a 24 de JUNIO de 1989

Scanned by CamScanner

FUMEFI
EDUCACION INFORMAL

Fundación Metropolitana de Formación Integral

FUMEFI

Educación Informal

Según la ley 115 de 1994 Decreto 114 de 1996 Ley 2887 de 2007



HACE CONSTAR QUE:

Flor Stella Mayo Lopez

C.C 41.756.641De Bogota

Asistió y aprobó el curso de soporte vital basico
con una intensidad de 40 horas
realizado en Bogotá Cundinamarca
Otorgado en Bogotá a los 29 días del mes de noviembre del 2014

Héctor M. Chala
Director de Fundación Metropolitana
de Formación Integral

Scanned by CamScanner

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

SUBDIRECCIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
ESCUELA DE ENFERMERÍA - SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA

GSED

Certifica que:

FLOR STELLA MAYO LOPEZ

Participó en calidad de Asistente al:

XIII CURSO NACIONAL DE ENFERMERÍA

AVANCES EN EL CUIDADO DE HERIDAS Y CIRUGÍA PLÁSTICA

Realizado en Bogotá D.C., los días 23 y 24 de Mayo de 2013
Con 16 horas de educación continuada

SMSM Julieta Barrera Coronado
Directora Escuela de Enfermería
Hospital Militar Central

CR MED Ranniery Acuña Cordero
Subdirector de Docencia e Investigación
Científica

MG (RA) Luis Eduardo Pérez Arango
Director Hospital Militar Central

Scanned by CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

"FUSDESA"

Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999 emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial Para el Talento Humano en Salud.
Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que: *Flor Stella Mayo López*

Asistió al curso de

REANIMACION BASIC LIFE SUPPORT (BLS)

Con una intensidad de 40 horas

Nancy Galindo Gómez
Coordinadora

Ponente

Bogotá, D.C. *16 de Octubre de 2012*

Scanned by CamScanner

I CONGRESO DE URGENCIAS MÉDICAS Y ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE CUNDINAMARCA

En reconocimiento a:

Stella Mayo

Por su asistencia al I Congreso de Urgencias Médicas - Intensidad 21 Horas.
Taller Atención Prehospitalaria de Cundinamarca - Intensidad 7 Horas.

Santafé de Bogotá, D.C., Octubre 29 - 30 y 31 de 1997

Dr. JOSE ERNESTO PARAMO ALTURO
Gerente para la Salud
Departamento de Cundinamarca

Dr. ALBERTO VEJARANO LAVERDE
Presidente Cruz Roja de Colombia
Seccional Cundinamarca y Bogotá

Dr. DARIO CADENA REY
Presidente Sociedad de Cirugía de Bogotá

Dr. FRANCISCO HOLGUIN RUEDA
Presidente Colegio Americano de Cirujanos
Capítulo Colombiano - Comité de Trauma

GERENCIA PARA LA SALUD
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA

COLEGIO AMERICANO DE CIRUJANOS
CAPITULO COLOMBIANO
COMITE DE TRAUMA

Scanned by CamScanner

H HOSPITAL RAFAEL
URIBE URIBE E.S.E.

EL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE
CERTIFICA QUE:

FLOR ESTELLA MAYO LOPEZ
CC 41.756.641

REALIZO Y APROBÓ EL CURSO CLINICIO PARA AUXILIARES DE ENFERMERIA
EN LAS ESTRATEGIAS AIEPI-IAMI-IAFI.
INTENSIDAD: 24 HORAS (20 Presénciales y 4 Prácticas) DICIEMBRE 15 DE 2006

HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN
GERENTE

Facilitadores: SONIA RAMIRES, GONZALO GONZALEZ, DORIS VALDERRAMA Y ERIKA LLANO.

DADO EN BOGOTÁ D.C, AGOSTO 15 DE 2007

Scanned by CamScanner

EL HOSPITAL
RAFAEL URIBE URIBE

EXALTA A:

LUZ ESTELLA MAYO

Por su compromiso, responsabilidad y actitud de servicio con la institución. Esperamos continúe con su excelente trabajo.

WALDETRUDES AGUIRRE RAMÍREZ
GERENTE

Scanned by CamScanner

HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E.

Hospital Rafael Uribe Uribe

Y el Grupo de Humanización

Reconoce especialmente a:

Estela Mayo

Por su labor, dedicación al trabajo y buen trato al usuario

Bogotá 28 de noviembre de 2009

Waldetrudes Aguirre Ramírez.
Gerente



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOG

SALUD CON CALIDAD PARA TODAS Y TODOS

Scanned by CamScanner

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
AREA DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

La suscrita Jefe del Area de Vigilancia y Control de la Oferta

Hace constar que:

STELLA MAYO LOPEZ
C.C. 41.756.641

En calidad de
ENFERMERA

Asistió a la Capacitación sobre
"MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y MATERIAL REUTILIZABLE EN AMBULANCIAS"

MARTES 10 DE FEBRERO DE 2004
Intensidad horaria cuatro (4) horas

RUTH EUGENIA GARCIA

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

OBRA SOCIAL Y CULTURAL SOPEÑA

ÔSCUS

CENTRO DE CAPACITACIÓN OSCUS
EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Acredita:

Que: FLOR STELLA MAYO LOPEZ

Asistió y aprobo satisfactoriamente el curso de: **INFORMATICA BASICA E INTERNET**

Intensidad: 50 Horas

Directora

Centro de Capacitación «OSCUS» Sur DIRECCION Calle 28 Sur No. 24C-25

Secretaria

Profesor

Bogotá D.C 27 Noviembre, 2010

Scanned by CamScanner

ENTIDAD ACREDITADA POR DANSOCIAL PARA IMPARTIR EDUCACION EN ECONOMIA SOLIDARIA CON ENFASIS EN COOPERATIVISMO Y TRABAJO ASOCIADO SEGÚN LAS RESOLUCIONES 117 DEL 27 DE FEBRERO DE 2006 Y 514 DEL 22 DE OCTUBRE DEL 2007

654

A QUIEN PUEDA INTERESAR

La Universidad Incca de Colombia certifica que:

FLOR STELLA MAYO LOPEZ
41756641

Tomó el curso de Cooperativismo de Trabajo Asociado con una intensidad de 20 horas semipresenciales en la ciudad de Bogotá., D.C.

Firmado en la ciudad de Bogotá, D. C. a los doce (12) días del mes de Marzo de de 2008.

ENRIQUE CONTI BAUTISTA
Presidente – Rector y
Representante legal
C.C. No 2.909.231 de Bogotá

Scanned by CamScanner

B|BRAUN
AESCULAP

Certifica que:

STELLA MAYO

Asistió al curso de entrenamiento de Bombas de Infusión Infusomat fmS, realizado en Transmedica , en la ciudad de Bogotá, el día 20 de Febrero del año 2.002

Mario Rincon R.
Asesor Tecnomédicos

Alberto Tribín Piedrahita
Gerente Nacional de Ventas
Hospital Care

Scanned by CamScanner

Luz Amparo Reina A.

HACE CONSTAR QUE:

Stella Mayo López

PARTICIPO EN EL SEMINARIO

"Desarrollo Personal y Servicio al Cliente"

Realizado los días 4, 11, 18 y 25 de Mayo de 2002 en la Ciudad de Bogotá D.C. con una intensidad de 8 horas.

LUZ AMPARO REINA AGUILAR
Conferencista y Consultora Empresarial

Scanned by CamScanner

BMD
Boston Medical Devices

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

ConvaTec

OTORGA

Certificado de asistencia

A

Flor Stella Mayo López

Por participar en la "**Jornada de actualización para el cuidado de heridas y ostomías**", llevada a cabo en Bogotá el 24 de Abril de 2013, con una intensidad de 4 horas.

Dr. Fernando Arango
Coordinador de Postgrado
Programa de Cirugía Plástica
Fundación Universitaria San Martín

Dr. Marco Antonio Salazar
Jefe de cirugía Plástica Hosp. El Tunal
Coordinador Practica de Residentes
Fundación Universitaria San Martín

Dr. Carlos H. Rojas
Director Medico Latinoamérica
Boston Medical Device

Scanned by CamScanner

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

Certifica que

Flor Stella Mayo López

41.756.641

Aprobó el Curso Taller de

Primer Respondiente para Personal Salud

Intensidad horaria de (8) ocho horas

Validez dos (2) años

Bogotá – Colombia, 2 de Agosto de 2012

"El presente certificado no confiere titulo de idoneidad para laborar en actividades relacionadas con la salud"

Luis Enrique Beleño Gutiérrez

Director Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (E)

DCRUE BOGOTÁ

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ HUMANA

2012 - 07

Scanned by CamScanner

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Dirección Centro Regulador De Urgencias Y Emergencias

Certifica que

FLOR STELLA MAYO

41.756.641

Aprobó al Curso Taller de

Primer Respondiente

Intensidad horaria de (8) ocho horas

Validez dos (2) años

Bogotá – Colombia, 30 de Septiembre de 2010

"El presente certificado no confiere titulo de idoneidad para laborar en actividades relacionadas con la salud"

Manuel Antonio Villamizar Mejía

Director Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOG

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Secretaría Distrital de Salud

Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

CERTIFICA QUE:

STELLA MAYO LOPEZ
41,756,641

Asistió al Curso Taller de **"Primer Respondiente"**
Realizado en La Secretaría Distrital de Salud
Con una intensidad de ocho (8) horas
30 de Julio de 2008
Validez dos (2) años

El presente certificado no confiere titulo de idoneidad para laborar en actividades relacionadas con la salud

José Octavio López Gallego
Coordinador Programa de Capacitación
Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

Gabriel Darío Paredes Zapata
Director
Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

BOG BOGOTÁ POSITIVA
GOBIERNO DE LA CIUDAD

Scanned by CamScanner