

Scanned by TapScanner

Aumentar el contraste

UTC -5 21:16:54
constanza mendez...

Búsqueda | Mis procesos | Menu | Ir a | Buscar...

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

Id de página:: 14005862 Ayuda

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

Editar

[redacted]

Información del usuario

Género	
Cargo	
Título	
Nombre completo	
Nombre y apellido	CONSTANZA MENDEZ PALACIOS
Código del empleado	
Tipo de documento	
Número de documento	
Fecha de emisión	
Expedido por	
Fecha de expiración	
Dirección	
Código postal	
Estado	
Municipio	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	constanzamendez0102@gmail.com
Teléfono	
Celular	3124052564
Número de fax	

Configuración

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

Scanned by TapScanner

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: 22-ene-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MENDEZ	PALACIOS	CONSTANZA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52519693

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 12 MES MAR AÑO 1977

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cl 41B 13G10 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7146003

EMAIL mariatina2109@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1994
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS	CENTRO DE CAPACITACION DE URGENCIAS Y	2018	20
BLS	SENA	2017	20
TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	FUSDESA	2001	1800

Scanned by TapScanner

Scanned by TapScanner

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: 22-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 UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBRED CENTROOORENTE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS 3282828	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 9 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* UNIDAD CUIDADO INTENSIVO		*DIRECCIÓN* KR 14 B 1 45 SUR	

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD Hospital San Cristóbal		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* esesancristobal.@gmail.gov.co	
TELÉFONOS 2091480	*FECHA DE INGRESO* DIA 15 MES 5 AÑO 2006		*FECHA DE RETIRO* DIA 20 MES 12 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA* urgencias		*DIRECCIÓN* calle 22 sur 8A58	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	0	0
Pública	8	11

Scanned by TapScanner

Scanned by TapScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Sideap

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACION	Tiempo de Experiencia	
	AÑOS	MESES
Total		

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 INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PUBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA

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

Bogotá 11 de marzo - 2021

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Constanza Méndez

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)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 22-ene-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, CONSTANZA MENDEZ PALACIOS

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52519693 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Cl 41B 13G10 SUR **Teléfonos** 3232033460 7146003

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
VALENTINA CARDENAS MENDEZ	1031160966	Hijo(a)
MARIANA CARDENAS MENDEZ	1000991253	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	$ 19.444.320,00
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	$ 19.444.320,00

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 de Bogotá	Cuenta de ahorros	102623642	PRIMERA DE MAYO	$ 3.200,00

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

Scanned by TapScanner

Scanned by TapScanner

El futuro es de todos | Gobierno de Colombia

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

Última Actualización: 22-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** (X) **NO** ( ) tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
HECTOR JAVIER CARDENAS BERNAL	C.C (X) C.E ( ) T.I. ( )	80256310

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

Constanza Méndez

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 22-ene-2021

CIUDAD Y FECHA

Scanned by TapScanner

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

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 22 de 01 de 2021.

Cordialmente,

Constanza Mendez
C.C. 52519693

Scanned by TapScanner

Scanned by TapScanner

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

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: Constanza Méndez Palacios.

Documento: 52519693

Cargo: Auxiliar de Enfermería.

Fecha: 22 de enero de 2021.

Scanned by TapScanner

Scanned by TapScanner

5

La Republica de Colombia

y en su nombre

El Colegio de Nuestra Señora Del Perpetuo Socorro

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, Según Resolución No. 13058 del 17 de Octubre de 1.986

Confiere a

Constanza Mendez Palacios

Identificado(a) con C.C. No 52.519.693 de BOGOTA D.E.

El Titulo de

Bachiller Academico

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

Rector

Secretario

Colegio de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro

Bogotá, D. E. 04 de Diciembre de 1.9 95

Anotado al folio 145 Libro de Registro No 00123

Secretario de Educación

Scanned by TapScanner

Scanned by TapScanner

La Republica de Colombia

y en su nombre

ESCUELA DE SALUD

"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No.31 de Febrero de 1999

expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No.1330-22 de Abril de 1999

emanada de la Secretaria de educación de Santafe de Bogotá D.C.

Que: **Méndez Palacios Constanza**

Cursó y Aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la ley

Con una intensidad de 1800 horas.

Le Confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional - Tecnico

AUXILIAR DE ENFERMERIA

FUSDESA
PRESIDENTE

Presidente

Roberto Galindo G.

FUNDACION DE SUBOFICIALES, DESARROLLO Y EDUCACION
FUSDESA
DIRECTOR ACADEMICO

Director Académico

Pedro Nel Pérez A.

Dado en Bogotá D.C., a los 16 días del mes de Diciembre de 2001

Anotado en el folio 630 del libro 03 del Registro de Fusdesa

Scanned by TapScanner

Scanned by TapScanner

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

COLEGIO NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Bogotá D.C. el día 04 de diciembre de 1995 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado de Educación Media Académica los suscritos Rector y Secretaria académica en la Rectoría del COLEGIO NUESTRA SEÑORA DEL PERPETUO SOCORRO Institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de la Educación Media Académica y autorizada por la Secretaria de Educación Distrital mediante resolución N 13058 DEL 17 DE OCTUBRE DE 1986 para otorgar el título de BACHILLER ACADEMICO.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO graduando cuyos nombres, apellidos, y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

CONSTANZA MENDEZ PALACIOS

CC:52.519.693 De Bogotá

Es fiel copia tomada de la original del Acta General de Graduación 00123 anotada en el folio 145, que consta de CIENTO OCHO (108) Estudiantes, comienza con el nombre de ALBA ROJAS MAYERLY y cierra con el nombre ZARAZA GRAJALES MILENA. Firmada por OMAR LEONARDO FAYON (Rector) y Johana Lorena Zarate (Secretaria Académica).

Omar Leonardo Fayon

CC.19.307.429

Johana Lorena Zarate

CC.32788516

Scanned by TapScanner

Scanned by TapScanner

6.1
12

ESCUELA DE SALUD

"FUSDESA"

Aprobada por el Ministerio de Salud Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 y licencia de funcionamiento No. 1330 del 22 de Abril de 1997, emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

ACTA GENERAL No. 006

En Bogotá, D.C. El día 15 de Diciembre del año dos mil uno (2001), se reunieron en el aula múltiple de la Escuela de Salud FUSDESA, El Presidente, Director Académico, Coordinador Académico y el cuerpo de docentes, previo juramento de rigor se le hizo entrega a

ACTA INDIVIDUAL No. 177

Méndez Palacios Constanza

C.C. 52.519.693 de Bogotá

El certificado que lo (a) acredita como:

Aptitud Ocupacional Técnico
Auxiliar de Enfermeria

Por haber cumplido todos los requisitos académicos y las prácticas hospitalarias reglamentarias, conforme a disposiciones de Ley.

Para constancia se firma la presente en Bogotá, D.C. A los Quince (15) días del mes de Diciembre del año dos mil uno (2001)

ESCUELA DE SALUD FUSDESA PRESIDENTE

Presidente
Roberto Galindo G.

FUSDESA DIRECTOR ACADEMICO

Director Académico
Pedro Nel Pérez A.

Scanned by TapScanner
Scanned by TapScanner

ASOCIACION AJUDISP

NIT. 901364935-1

BOGOTA-COLOMBIA

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano.

CERTIFICA:

CONSTANZA MENDEZ PALACIOS

QUE:

C.C. 52519693 DE BOGOTA

ASISTIO Y APROBO AL DIPLOMADO DE

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO

CON UNA INTENSIDAD DE 160 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP

Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA, CUNDINAMARCA A LOS 25 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2020

Scanned by TapScanner

Scanned by TapScanner

ASOCIACION AJUDISP

NIT. 901364935-1

BOGOTA-COLOMBIA

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano.

CERTIFICA:

CONSTANZA MENDEZ PALACIOS

QUE:

C.C. 52519693 DE BOGOTA

ASISTIO Y APROBO AL CURSO BASICO DE

ATENCION PRIMARIA EN SALUD Y ABORDAJE A PACIENTES COVID- 19

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP

Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP

INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA, CUNDINAMARCA A LOS 27 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL 2020

Scanned by TapScanner

Scanned by TapScanner

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 DEL TALENTO HUMANO FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS	CÓDIGO: AP-THI-FT-014 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-01-16

Bogotá D.C

Señores:

Escuela de Salud FUSDESA.

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Constanza Méndez Palacios. 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:

Tecnico Auxiliar de Enfermeria.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma _____

No. de documento: 52519693.

Tarjeta profesional No: 52519693.

Dirección de contacto: Calle 41 b sur 13g 10.

Teléfono: 7 14 60 03 3219751069

Scanned by TapScanner

Scanned by TapScanner

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SAN CRISTOBAL

HACE CONSTAR QUE:

El señor (a) Constanza Méndez Palacios, identificada con la cedula de ciudadanía No. 52.519.693, laboro en la empresa desde el 15 de mayo de 2006 hasta 20 diciembre de 2010; ejerciendo el cargo de auxiliar de enfermería, y destacándose como una persona honrada y cumplidora de sus deberes.

La presente se expide a los 15 de abril de 2011.

Atentamente,

ARGEMIRO RINCON
Gerente General

Cl 20 sur No 8A – 22 Teléfono: 3618279, 2091480 Ext. 107-108-117
TALENTO HUMANO
e.mail talento@esesancristobal.gov.co

Scanned by TapScanner

Scanned by TapScanner

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

SE PERMITE INFORMAR QUE:

El (la) señor(a) CONSTANZA MENDEZ PALACIOS, identificado(a) con CC. No. 52519693, presta sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR CTO.
PS 1793 2021	28/01/2021	22/03/2021	$4.800.000
PS 2099 2020	07/02/2020	31/01/2021	$26.555.052
PS 1008 2019	01/02/2019	31/01/2020	$20.280.534
PS 0552 2018	10/01/2018	31/01/2019	$22.970.640
PS 0186 2017	02/01/2017	09/01/2018	$18.131.972

Contrato PS 1793 2021:

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

1. Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades. 2. Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica, orden de Enfermería y protocoló institucional, informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolas en la historia clínica digital.3. Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida. Según normas establecidas para cada procedimiento.4. Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.5. Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte.6. Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.7. Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de enfermería integral del paciente.8. Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno.9. Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las variables correctamente y dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y mantener organizadas las historias clínicas de acuerdo al Manual y normatividad vigente de la Entidad 10. Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales.11. Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades.12.

Escaneado con CamScanner

5. Informar al enfermero los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas óptimas de manejo médico - quirúrgico. 6. Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados post hospitalización para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio. 7. Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad 8. Registrar y verificar el inventario de los elementos y equipos asignados y supervisar la fecha de vencimiento de los insumos contenidos en el carro de paro e informar el estado y pérdida de cualquier bien a la instancia respectiva para tomar medidas oportunas. 9. Preparar la logística requerida por el equipo de salud para brindar atención integral al paciente en consulta externa, urgencias y hospitalización. 10. Atender y orientar a los pacientes y sus familiares en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. 11. Administrar los medicamentos de acuerdo con las técnicas establecidas.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 11 de Marzo de 2021.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,

MARY ISABEL CORREA GALLARDO
Directora de Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

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

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

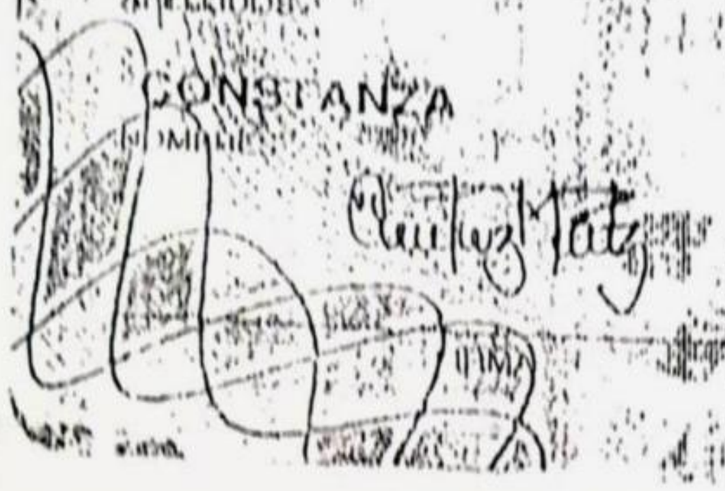
Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Paola Carolina Zabala - Referente OPS

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52519693

MENDEZ PALACIOS

CONSTANZA



FECHA DE NACIMIENTO 12-MAR-1977
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

22-FEB-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

A-1500118-42400054-F-0052519693-20020503 0036902123A 02 1121867460

Scanned by TapScanner
Scanned by TapScanner

DIAN®

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14196863830

(415)7707212489984(8020) 000001419686383 0

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de identificación:	27 Fecha expedicion:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 2 5 1 9 6 9 3	1 9 9 6 0 2 2 2

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
MENDEZ	PALACIOS	CONSTANZA	

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 41 B SUR 17 B 10

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
conymarija@yahoo.es		7 1 4 6 0 0 3	

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. Numero establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 3 0 5 1 5					3 2 2 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	2	0																

20- Obtención NIT

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2012 12 19

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:

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

984. Nombre MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA
985. Cargo Gestor II

Fecha generación documento PDF 22-08-2016 12:22:10AM

Scanned by TapScanner
Scanned by TapScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha 22-08-2016
Hora 8:15:29 AM

CONTRIBUYENTE CC 52519693 CONSTANZA MENDEZ PALACIOS

Información

Dirección	CL 41B SUR 17B 10
Teléfonos	3219757069-7146003
Dirección	conymanja@yahoo.es
Fax	

Información de

Fecha Inscripción	22/08/2016
Soporte Inscripción	14688555
Fecha *Inicio Actividades*	15/05/2003
# *Establecimientos*	0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Regimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

Kr 30 24 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C.

Scanned by TapScanner

Scanned by TapScanner

Secretaría de
SALUD

Resolución No 7663 *de* 28/08/2002

Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 6 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MENDEZ PALACIOS CONSTANZA identificado(a) con CC número 52519693 expedida en BOGOTA D.C. solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION ESCUELA DE SALUD FUSDESA el día 16/12/2001 y registrado en el libro 3 Folio 630 año 2001
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante ésta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a MENDEZ PALACIOS CONSTANZA identificado(a) con CC número 52519693 expedida en BOGOTA D.C. para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde refrendó el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponda.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C. a los 28/08/2002

JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO
Director de Desarrollo de Servicios
vrs

Bogotá, D.C 9-Mayo-2006
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Constanza Mendez
CC. # 52519693.
Res # 7663, fecha: 28-08-002
Firma

Scanned by TapScanner
Scanned by TapScanner

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

52519693

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Scanned by TapScanner

Scanned by TapScanner

23/10/2020 - Impresión de Órdenes

En alianza con

Hospital Universitario Clínica San Rafael

LABORATORIO CLINICO
PBX 57+3282300 EXT 2360-2364

Nº Orden: 67610
Nombre: MENDEZ PALACIOS CONSTANZA
Identificación: CC - 52519693
Sexo: Femenino
Edad: 43 Años
Telefono: 3219757069

Tipo Paciente: CONSULTA EXTERNA
Fuerza: CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO OLAYA E.U.
Servicio: LABORATORIO CLINICO **Piso:** Sin Cama
Médico: -
Fecha Ingreso: 22/10/2020 13:49
Fecha Impresión: 23/10/2020 16:27:38

USUARIO:NCCENTENARIO

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
***Hepatitis B* ANTICUERPOS S [ANTI-HBs]** (Técnica Quimioluminiscencia CMIA)	185.8	mIU/mL	No Reactivo 0.0 a 10.0 Reactivo 10.1 a 1000

Fecha/Hora Validacion:22/10/2020 14:38

Dra. Alicia Cristina Buelvas Cordero
C.C.30.568.197 Bact. U.Metropolitana

Nuestro Objetivo: La Excelencia Nuestro Compromiso: Usted

200.14.238.173:8089/cgi/Impresion.cgi

Scanned by TapScanner

Scanned by TapScanner

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4067000-4072406-3183832985-3115117029 NIT 900157744-0

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódica ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha 03/12/2019 09:23:00 Empresa SUB RED CENTRO ORIENTE

Nombre CONSTANZA MENDEZ PALACIOS

Cargo AUXILIAR ENFERMERIA Doc. Identidad CC 52519693

EXAMENES REALIZADOS

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

CONCEPTO DE APTITUD

Apto para el cargo	(X)	( )	( )	( )
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	( )	( )	( )	( )

RECOMENDACIONES

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	( )	( )
[illegible]		
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 (X) ARL SI ( ) NO (X) EPS SI ( ) NO (X)

SIN RESTRICCIONES FISICAMENTE APARENTES PARA EL CARGO DE ENFERMERIA
USO DE GAFAS PARA VER DE CERCA
CONOCER Y APLICAR ADECUADAMENTE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD

Solandy Ortiz
Dra Solandy E. Ortiz
M.D Laboral
RMO 4758/2015
U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM211601 LO4786/15

Constanza

Trabajador: CONSTANZA MENDEZ PALACIOS
CC 52519693
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura biométrica

Scanned by TapScanner

Scanned by TapScanner

ASOCIACION AJUDISP

BOGOTA-COLOMBIA

AJUDISP

NIT. 901364935-1

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Como miembro de entidades avaladas en cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado. Es un registro de las entidades que están facultadas para dictar cursos básicos de economía solidaria con énfasis en trabajo asociado con el objeto de cumplir el requisito de la ley 115 de Febrero 8 de 1994. junto al decreto 4904 de diciembre 16 de 2009 como Requisito de la educación para trabajo y el desarrollo humano.

CERTIFICA:

CONSTANZA MENDEZ PALACIOS

QUE:

C.C. 52519693 DE BOGOTA ASISTIO Y APROBO AL CURSO BASICO DE

ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos AJUDISP NIT. 1.012.362.780

RAFAEL IVAN GONZALEZ FIGUEROA
C.C 1012362780 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Asociación Juvenil de Estudios Sociales y Políticos
NIT: 901.364.935-1
AJUDISP AJUDISP AJUDISP
Asociación AJUDISP
NIT. 901364935-1

Rafael Iván González Figueroa
Presidente AJUDISP
C.C. 1.012.362.780
Asociación AJUDISP
AJUDISP AJUDISP AJUDISP
INSTRUCTOR

DADO EN BOGOTA, CUNDINAMARCA A LOS 20 DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL 2020

Scanned by TapScanner

Scanned by TapScanner

CENTRO DE CAPACITACIONES AMPJ SALUD

Educación Informal de acuerdo al decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE

CONSTANZA MENDEZ PALACIOS

C.C. 52.519.693

APROBÒ EL CURSO DE

SOPORTE VITAL BASICO

El curso sigue los lineamientos establecidos por la AMERICAN HEART ASOCIATION, cumpliendo con la norma del 2015.
Intensidad de 20 horas.

Dado a los 16.días del Mes de Noviembre del 2019
VALIDEZ 2 DOS AÑOS

COORDINADORA ACADEMICA

DIRECTOR ACADEMICO

Contacto: 3115390050 – 3194200427
capacitacionesampjsalud@gmail.com

Scanned by TapScanner

Scanned by TapScanner

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 061
VERSIÓN: 03
FECHA: 2018-12-31

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

FECHA:	11-03-21	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 5.2.2.2.1. 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 E.S.E. 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 Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Méndez	Palacios	Constanza	

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)					No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
CC X	CE	RC	NUIP		52519693	Cundinamarca	Bogotá	22-02-1996
PASAPORTE		OTRO	CUAL			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI		NO

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
12-03-1977	Bogotá	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 X	VIUDO(A)	2	2	7146003

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X)						PROFESION/ OFICIO
PRIMARIA	BACHILLER	TECNICO X	TECNOLOGO	CUAL:		Auxiliar Enfermería
UNIVERSITARIO	POSTGRADO	MAGISTER	OTRO			

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 41 b sur 13 6 10	Bogota	Cundinamarca	Colombia	7146003

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)		
constanzamendez102@gmail.com		PROPIA	FAMILIAR X	ARRENDADA

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Cardenas	Bernal	Hector	Javier

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)					NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
CC X	CE	RC	NUIP		80256310	Bogotá	Cundinamarca	22-03-2001
PASAPORTE		OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI	NO	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

ASALARIADO		CONTRATISTA X	PENSIONADO		ESTUDIANTE		SOCIO		PROFESIONAL INDEPENDIENTE	
HOGAR		COMERCIANTE	EMPLEADO SOCIO		EMPLEADO PUBLICO		OTRA:		CUAL:	

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)	
	SI		IVA	SI	NO X		
	NO	X	ICA	SI	NO X	PRINCIPAL: 8692	SECUNDARIA:

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	NIT
SI NO X	SI NO X	SUBREDINTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE	900959051-7

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA									
GOBIERNO		COMERCIAL		SERVICIOS		SALUD X		ENERGIA		ALIMENTOS	

Escaneado con CamScanner

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

EXPORTACIONES ☐	FINANCIERA ☐	MEDICAMENTOS ☐	AGROPECUARIA ☐	INDUSTRIAL ☐	TECNOLOGIA ☐	OTRA ☐	
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR	CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAIS	
Diagonal 34 S -15		Bogota		Cundinamarca		Colombia	
CARGO ACTUAL	Auxiliar de Enfermeria			FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)			

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS $)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDO		INVERSIONES		PRESTAMOS PERSONALES	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDAS TARJETAS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		INMUEBLES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	0	TOTAL EGRESOS	0	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Deudor o Codeudor y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Bernal	Arroga	Carmen	Rosa
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Kr 19 38 61 sur	Bogota Cundinamarca	Amiga	7957037 / 322 272 7937

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco de Bogota	cuenta de ahorros		AV 1 primero	328 00 00

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

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			CORRESPONDENCIA ☐	PUBLICIDAD ENTIDAD ☐	MERCADEO ☐	INTERNET ☐	BASE DE DATOS ☐	EVENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL:		REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☐	INVITACION A UTILIZAR ☐	PORTAL WEB SUBRED ☐	LLAMADA TELEFONICA ☐	PERIODICOS EMPLEO ☐

9. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de Origen de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de los siguientes bienes (detalle: ocupación, profesión, negocio, etc.):

Apoyo a la gestion como Auxiliar de Enfermeria.

Scanned by TapScanner

Scanned by TapScanner

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

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Codigo Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione complemente o modifique).
3. No admitire que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas contempladas en el Codigo Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione complemente o modifique), ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Asi mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informare inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaracion, 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 o die causa a la liquidacion del (los) Contrato(s) que me vincule(n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infraccion de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que sea(n) aplicada(s) de acciones sancionadas con posterioridad a la firma de este documento, me obligue(mos) 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 suministrar erronea, falsa o imprecisa que yo hubiese proporcionado en este documento o de la violacion del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e informacion que hacen requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT
3. Fotocopia Inscripcion 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.

CONSIDERACIONES

1. Que Los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal h) del artículo 2 de la Ley 1581 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 requerirá 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 tratan 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 entiendase 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 - 83 3, telefono 3 44 81 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, autorizamos irrevocablemente, automáticamente 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, 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 valoración 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) Tener la una invitación 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 estadísticos, 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) Envío 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 la 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 estada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

Scanned by TapScanner
Scanned by TapScanner

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

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 juridicas 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, compañias de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la seleccion de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboración de estudios técnicos y estadisticos

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud 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 juridica 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

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA			
1.Fecha y Hora:		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario Subred			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			
8. Proceso Responsable Subred			

13. VERIFICACION DE LA INFORMACION			
1. Fecha y Hora:		**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo (Contraparte)			
4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:			
6. Firma y No Cédula:			
7. Nombre Apellidos Funcionario Subred			
8. Proceso Responsable Subred			

Scanned by TapScanner

Scanned by TapScanner

POST TEST INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN 2020

Puntos totales 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 *

constanzamendez0102@gmail.com

Documento de Identidad *

52519693

Nombres y apellidos *

CONSTANZA MENDEZ PALACIOS

Número de contacto *

3232033460

5ufaQoQVT6H31JCRG810C7tunJ4EY8Mn5WcrSTa5v1Yw/viewscore?viewscore=AE0zAaB1B289uLOs

Scanned by TapScanner

Scanned by TapScanner

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) SANDRA PAOLA GAMBOA PARRA identificado(a) con cedula ciudadania 33.368.447, se encuentra Retirado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa FUNDACION COLEGIO CARDENAL JOHN HENRY NEWMAN NIT 800150237, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20150918	20200712

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 22 días del mes de Enero de 2.021

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea **4441234** - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
15177868

CER-AFI

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

www.compensar.com

Scanned by TapScanner
Scanned by TapScanner

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

CONSTANZA MENDEZ PALACIOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.519.693**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Marzo del 2021.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

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

52519693 Numero de Documento	Bolivar. ARL

Constanza		Mendez	Palacios.
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
12-03-1977.	Bogotà	Calle 41 Bsur 13610	7146003.
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Compensar. EPS - Salud	Porvenir. AFP - Pensiones	$ Honorarios

Auxiliar de Enfermeria.
Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

constanzamendez0102@gmail.com
Correo Electrónico

3232033460.
Celular

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 52431204

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

Scanned by TapScanner
Scanned by TapScanner

Datos del ciudadano

Señor(a) CONSTANZA MENDEZ PALACIOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 52519693.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: miércoles, marzo 10, 2021 - Hora de consulta: 22:19:09

Scanned by TapScanner

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 10 de marzo de 2021, a las 20:45:42, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52519693
Código de Verificación	525196932103102045 42

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.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Scanned by TapScanner

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 4328998

Bogotá D.C., 10 de Marzo de 2021 - 20:42 pm

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) **CONSTANZA MENDEZ PALACIOS**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y TRES** de BOGOTA D.C.

52519693

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.

WILLIAM JAVIER MURCIA ACEVEDO
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.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 3_M81RJ_4120
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Scanned by TapScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 162759984

WEB
09:38:43

Bogotá DC, 11 de marzo 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) CONSTANZA MENDEZ PALACIOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52519693:

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.

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:30:27 PM horas del 10/03/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52519693**

Apellidos y Nombres: **MENDEZ PALACIOS CONSTANZA**

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.

Volver al Inicio

Scanned by TapScanner

Banco de Bogotá

Nit 860 002 964 4
Calle 36 N° 7 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que CONSTANZA MENDEZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 52.519.693 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 102623642, abierta/o desde el 6/10/2011, con saldo a la fecha de: $ 1.392

Se expide en Bogotá el día 18 del mes de Enero del año 2021 con destino a: Subred centrooriente

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

Scanned by TapScanner

Scanned by TapScanner