

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones Johana Gómez Mancipe,

JOHANA GOMEZ MANCIPE con el NIT 1024464365 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >

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

Ultima Actualización: 21-ene-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GOMEZ	MANCIPE	JOHANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1024464365	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 30 MES JUN AÑO 1986

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Carrera 68C # 23-31 Int 5 Apt 302

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3212003275

EMAIL jogoma86@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 Académico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES DICIEMBRE AÑO 2002

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Especialización universitaria	2	X		ESPECIALIZACION EN SALUD OCUPACIONAL	4	2014	Resolucion 25-5053 de 2014
Universitaria	8	X		ENFERMERIA	3	2010	30814

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Diplomado Enfermería en Cuidado Crítico	Universidad Nacional de Colombia	2018	120
Sistema de Gestión de la seguridad y salud en el t	Sena	2016	50

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: 21-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
inglés		X			X			X	

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
USS San Blas	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2891100	DIA 2 MES 1 AÑO 2017	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Enfermera Jefe	Urgencias	Transversal 5 este # 19-50 Sur

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Belisario SAS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3230050	DIA 1 MES 10 AÑO 2016	DIA 9 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Gestor de Empresa	Seguridad y Salud en el Trabajo - Positiva	Calle 72 # 6-30

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Codess		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2860555	DIA 12 MES 9 AÑO 2016	DIA 30 MES 9 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Gestor de Empresa	Seguridad y Salud en el Trabajo para	Carrera 7 # 32-33

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

Ultima Actualización: 21-ene-2021

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: Belisario SAS	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 3230050	FECHA DE INGRESO: DIA 6 MES 3 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO: DIA 12 MES 9 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: Asesor SST	DEPENDENCIA: Seguridad y Salud en el Trabajo	DIRECCIÓN: Calle 72 # 6-30 Piso 15	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Hospital San Blas ESE	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 2891100	FECHA DE INGRESO: DIA 4 MES 4 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO: DIA 8 MES 3 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: Enfermera Jefe	DEPENDENCIA: Hospitalización	DIRECCIÓN: Transversal 5 este # 19-50 Sur	

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	1	9
Pública	6	11
Total	8	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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: 21-ene-2021

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 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 Enero 21/2021

JohanaGomezManrique

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 — Gobierno de Colombia

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización 21-ene-2021

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JOHANA GOMEZ MANCIPE

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1024464365 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Carrera 68C # 23-31 Int 5 Apt 302 **Teléfonos** 3212003275 3212003275

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Oswaldo G Gómez Gómez	19435569	Padre
Martha Cecilia Mancipe Bautista	41792806	Madre

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 45.230.000,00
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	$ 45.230.000,00

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 BBVA	Cuenta de ahorros	272079435	Montevideo	$ 4.800.000,00
Banco Caja Social	Cuenta de ahorros	24098249303	Parque Nacional	$ 19.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Vehiculo	NCU 861	$ 23.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Codensa	Credito	$ 1.500.000,00
Melva Jaramilo	Arriendo	$ 11.112.000,00

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

Última Actualización: 21-ene-2021

Banco Caja Social	Credito	$ 6.229.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	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

Johana Gómez Marrige

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 21-ene-2021

CIUDAD Y FECHA

Escaneado con 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 21 de Enero de 2021

Cordialmente,

Johanna Gómez Manrique
C.C. 1024'464,365 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:

Realizar mis funciones con diligencia y entrega para una mejor atención a los usuarios.

Cumplir con unos stándares de calidad hacia la atención en salud.

Nombre: Johana Gómez Mancipe

Documento: 1.024.464.365

Cargo: Enfermera Jefe

Fecha: Enero 21 de 2021

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TÍTULO DE

Enfermera

A

Johana Gómez Marcipe

C.C: 1024464365 Bogotá

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO, Y PREVIO AL JURAMENTO DE RIGOR, OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá, a 11 de marzo de 2010

DECANATURA DE FACULTAD | RECTORÍA | SECRETARÍA GENERAL

REGISTRO No. 440 folio 30 libro 3
DE LA SEDE DE Bogotá FACULTAD DE Enfermería

0119788

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

TENIENDO EN CUENTA QUE

Johana Gómez Mancipe

C.C. 1.024.464.365 de Bogotá

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS REGLAMENTARIOS DEL PROGRAMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO LE CONFIERE EL TÍTULO DE

Especialista en Salud Ocupacional

EN LA CIUDAD DE Bogotá D.C., a los 24 días del mes de abril de 2014

DECANATURA DE FACULTAD

RECTORÍA

SECRETARÍA GENERAL

REGISTRO No. 429, Folio 29 del Libro de Diplomas No. 2

DE LA SEDE DE Bogotá FACULTAD DE Enfermería

36658

THOMAS GREG & SONS.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Enfermería

ACTA DE GRADO NÚMERO 438

El Consejo de Facultad en su sesión del día 18 de febrero de 2010 *Acta Nro.* 3

CONSIDERANDO QUE

Johana Gómez Mancipe

C.C. 1024464365 Bogotá

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Enfermera

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 119788 *consignado en el Registro No.* 440 *folio* 30 *Libro Nro.* 3

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá, D.C., a los 18 días del mes de febrero de 2010

PRESIDENCIA
Consejo de Facultad

SECRETARÍA
Consejo de Facultad

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE

Enfermería

ACTA DE GRADO NÚMERO 427

El consejo de Facultad en su sesión del día 13 de febrero de 2014 - Acta No. 03

CONSIDERANDO QUE

Johana Gómez Mancipe

C.C. 1.024.464.365 de Bogotá

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Especialista en Salud Ocupacional

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 36658 *consignado en el Registro No.* 429, Folio 29 del Libro No. 2

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá D.C., a los 13 días del mes de febrero de 2014

PRESIDENCIA
Consejo de Facultad

SECRETARÍA
Consejo de Facultad

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SEDE BOGOTÁ

CERTIFICAN QUE

Johana Gomez Mancipe

IDENTIFICADO CON C.C.1024464365

ASISTIÓ Y APROBÓ EL DIPLOMADO

DIPLOMADO ENFERMERÍA EN CUIDADO CRÍTICO

REALIZADO DEL 28 DE JULIO AL 24 DEL NOVIEMBRE DE 2018 EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. CON UNA INTENSIDAD DE 120 HORAS.

DADO EN BOGOTÁ D.C., EL 01 DE DICIEMBRE DE 2018.

OLIVIA LORENA CHAPARRO DIAZ
SECRETARIO(A) ACADÉMICO(A)
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

JOHANA GOMEZ MANCIPE

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1024464365

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

NIVEL AVANZADO - Administrar medicamentos según delegación y normativa de salud.

Código: 230101259

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en BOGOTÁ D.C., A los diez (10) días del mes de Diciembre de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

489775 - 10/12/2018
No Y FECHA REGISTRO

VIGENCIA
10 de Diciembre de 2021

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300230101259CC1024464365C.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SEDE BOGOTÁ

CERTIFICAN QUE

Johana Gomez Mancipe

IDENTIFICADO CON C.C.1024464365

ASISTIÓ A EL EVENTO TEMÁTICO

JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN ENFERMERÍA CARDIORRESPIRATORIA. CUIDADO AL PACIENTE DE MEDIANO Y BAJO RIESGO

REALIZADO DEL 02 DE JUNIO AL 02 DEL JUNIO DE 2018 EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS.

DADO EN BOGOTÁ D.C., EL 02 DE JUNIO DE 2018.



OLIVIA LORENA CHAPARRO DIAZ
SECRETARIO(A) ACADÉMICO(A)
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE SAN JOSÉ

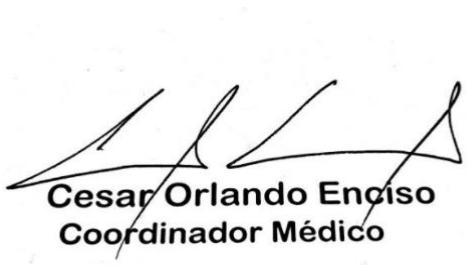
criticALL UCI GROUP

CRITICALL UCI GROUP CERTIFICA QUE:

Johana Gomez Mancipe

C.C. 1024464365

Asistió a la primera jornada de actualización de enfermería critica:
"Mejorando el cuidado"





Se expide el presente certificado en Bogotá, Colombia a los 15 días del mes de marzo del 2018

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

JOHANA GOMEZ MANCIPE

Con Cedula de Ciudadania No. 1.024.464.365

Cursó y aprobó la acción de Formación

SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Medellín, a los cuatro (4) días del mes de mayo de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
MIGUEL ANGEL CEBALLOS CARO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

MIGUEL ANGEL CEBALLOS CARO
SUBDIRECTOR
CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD
REGIONAL ANTIOQUIA

34677184 - 04/05/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9401001167372CC1024464365C.

REGIONAL ANTIOQUIA

EL CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD

CERTIFICA

Que JOHANA GOMEZ MANCIPE identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 1.024.464.365 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST con una intensidad horaria de Cincuenta (50) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Medellín, a los cuatro (4) días del mes de mayo de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
MIGUEL ANGEL CEBALLOS CARO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

MIGUEL ANGEL CEBALLOS CARO
SUBDIRECTOR CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD
REGIONAL ANTIOQUIA

SENA: Una Organización con Conocimiento

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9401001167372CC1024464365E.

Colombia – Cundinamarca

Alcaldía de Girardot
Secretaria de Salud

caprecom
Más cerca de tu vida

EL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS Y LEPRA DEL MUNICIPIO DE GIRARDOT

CERTIFICA QUE:

JOHANA GOMEZ MANCIPE, identificada(o) con cédula de ciudadanía número 1024464365, asistió y participó en la **"JORNADA DE CAPACITACIÓN SOBRE LA CAPTACION, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO, EVALUACION DE DISCAPACIDAD Y REHABILITACION DE LEPRA"**, el **4 DE OCTUBRE DE 2011.**

Certificación que se expide a los 4 días del mes de Octubre de 2011 en la ciudad de Girardot.

JAIME AUGUSTO CARRILLO
Secretario de Salud
Municipio de Girardot

PEDRO FABIAN DAVALOS B.
Gerente
IPS Caprecom Nuevo Hospital San Rafael

FERNANDO LÓPEZ DÍAZ
Coordinador Grupo de Docencia, investigación y capacitación
Sanatorio de Agua de Dios

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

Sanatorio de Agua de Dios

EL SANATORIO DE AGUA DE DIOS E.S.E.

CERTIFICA QUE

JOHANA GOMEZ

IDENTIFICADO CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.024.464.365

ASISTIÓ COMO PARTICIPANTE A LA CAPACITACION PARA EL FORTALECIMIENTO PROGRAMATICO DE LA TUBERCULOSIS Y LA LEPRA EN CUNDINAMARCA
realizado en Agua de Dios, el 4 de Febrero de 2011

En el Marco del Plan Estratégico "Para Aliviar la Carga de la Enfermedad y Sostener las Actividades de Control de la Lepra 2010 – 2015" de Colombia.

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 9 HORAS

Dr. Juan José Muñoz Robayo
Gerente del Sanatorio de Agua de Dios

Dr. Fernando López Díaz
Coordinador Grupo de Docencia Investigación y Capacitación

CAPRECOM IPS GIRARDOT NUEVO
HOSPITAL SAN RAFAEL
Carrera 5 Calle 22 Esq. PBX 8351020
Fax: 8350946
E-mail: gerencicaprecom@etb.net.co

La suscrita Coordinadora del P.AI. de la IP.S CAPRECOM GIRARDOT NUEVO HOSPITAL SAN RAFAEL

CERTIFICA QUE

La señora **JOHANNA GOMEZ** identificada con la Cédula de ciudadanía N.1024464365 de Bogotá (Cund) con título de Enfermera, presenta las competencias básicas para administrar inmunobiológicos según delegación y de acuerdo con las técnicas establecidas en relación con los principios éticos y legales

Dada en Girardot a los 14 días del mes de Noviembre de 2010.

SILVIA PAOLA MEJIA PATIÑO
Coordinadora PAI

Bogotá D.C

Señores:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Johana Gómez Mancipe 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:

Enfermera – Especialista en Salud Ocupacional
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma JohanaGómezM

No. de documento: 1024464365

Tarjeta profesional No: 30814 - Res 25-5053 de 2014

Dirección de contacto: Cra 68C #23-31 Int 5 Ap 302

Teléfono: 3212003275

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) JOHANA GOMEZ MANCIPE, identificado(a) con CC. No. 1024464365, 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 6612 2020	03/11/2020	31/01/2021	$13.130.568
PS 5761 2020	14/09/2020	30/11/2020	$14.340.000
PS 2828 2020	01/02/2020	31/08/2020	$23.873.760
PS 2727 2019	01/02/2019	31/01/2020	$39.598.272
PS 0208 2018	10/01/2018	31/01/2019	$43.368.000
PS 1854 2017	10/01/2017	09/01/2018	$40.497.600

Contrato PS 6612 2020:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRÚRGICAS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y VISIÓN DE LA MISMA.

Contrato PS 5761 2020:

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRÚRGICAS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y VISIÓN DE LA MISMA.

Contrato PS 2828 2020:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICION DE ENFERMERA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA , URGENCIAS U QUIRURGICOS ,CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVIOCIOS DE LA SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Contrato PS 2727 2019:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ENFERMERO (A) JEFE PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIA Y QUIRÚRGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Contrato PS 0208 2018:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE ENFERMERO (A) JEFE PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIA Y QUIRÚRGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Contrato PS 1854 2017:

Objeto Contrato: PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE PROFESIONAL EN ENFERMERÍA, 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

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 22 de Enero 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

BELISARIO SAS
NIT. 830.504.600-4

A QUIEN INTERESE

BELISARIO VELASQUEZ & ASOCIADOS S.A.S.

CERTIFICA QUE:

JOHANA GOMEZ MANCIPE, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.024.464.365, laboró en esta empresa desempeñando el cargo de GESTOR INTEGRAL PARA EMPRESAS CON PLANES REGULARES, con un contrato por obra o labor, desde el día primero (01) de Octubre de 2016, hasta el día nueve (09) de Diciembre del 2016.

La presente se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá el día cuatro (04) de Enero de 2017.

Cordialmente,

RAFAEL FABIAN DURAN OJEDA
Gerente Estratégico de Servicios y Relacionamiento
BELISARIO S.A.S.
BVA-ADM-2016- R-04-NECV

BELISARIO SAS
BELISARIO VELASQUEZ & ASOCIADOS S.A.S
NIT. 830.504.600-4

Bogotá D.C.
Calle 72. No. 6-30 Piso 15
PBX 57 (1) 3230050 FAX 57 (1) 2889880

CORPORACIÓN PARA
EL DESARROLLO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

EL CONSORCIO CODESS COMPENSAR SALUD OCUPACIONAL

NIT 900.329.983 – 3

CERTIFICA QUE:

GOMEZ MANCIPE JOHANA

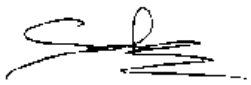
C.C. 1024464365

Ha celebrado el siguiente contrato:

Fecha de Ingreso:	*9/12/2016*
Fecha de Retiro:	*9/30/2016*
Tipo de Contrato:	*OBRA O LABOR*
Cargo:	*GESTOR DE EMPRESA*

Se expide en Bogota D.C; a solicitud del interesado el 2016-10-04

Cordialmente



FABIO ROLANDO CASTILLO GOMEZ
LIDER DE NOMINA Y SEGURIDAD SOCIAL

BELISARIO SAS
NIT. 830.504.600-4

A QUIEN INTERESE

BELISARIO VELASQUEZ & ASOCIADOS S.A.S.

CERTIFICA QUE:

JOHANA GOMEZ MANCIPE, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.024.464.365, laboro en esta empresa desempeñando el cargo de ASESORA ESPECIALISTA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO, con un contrato por obra o labor, desde el día seis (06) de Marzo del 2015, hasta el día doce (12) de Septiembre de 2016.

La presente se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá el día veintiocho (28) de Septiembre de 2016.

Cordialmente,

BELISARIO SAS
BELISARIO VELASQUEZ & ASOCIADOS S.A.S
NIT. 830.504.600-4

MARTHA LILIANA ARANGO
Profesional de Talento Humano
BELISARIO S.A.S.
BVA-ADM-2016-834-ALLP

Bogotá D.C.
Calle 72. No. 6-30 Piso 15
PBX 57 (1) 3230050 FAX 57 (1) 2889880

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital San Blas II Nivel E.S.E.

EL SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL DE ATENCIÓN E.S.E.

HACE CONSTAR QUE:

La señora **JOHANA GÓMEZ MANCIPE** identificada con cédula de ciudadanía No. **1.024.464.365** de Bogotá, desarrolla sus actividades como **ENFERMERA JEFE** mediante contrato de prestación de servicios desde el 04 de Abril del 2012, hasta el 09 de Marzo del 2015, conforme las siguientes actividades:

1) Recibir y entregar el servicio, verificando para cada paciente su diagnóstico, tipo de seguridad social, líquidos, drenajes, observaciones del Tratamiento, así como las actividades pendientes de realizar tanto por el personal médico como el de auxiliares de enfermería.
2) Asignar el cuidado de los pacientes, al personal que se encuentre bajo sus instrucciones en el respectivo turno.
3) Pasar revista a los pacientes, junto con el médico del servicio.
4) Administrar los medicamentos a cada uno de los pacientes cuando así se requiera y que se encuentren bajo su responsabilidad, en horarios establecidos, y registrarlos en la historia clínica respectiva.
5) Recibir los medicamentos que sean entregados por la farmacia y realizar y verificar su administración.
6) Revisar las historias clínicas, para coordinar con el personal que se encuentre bajo sus instrucciones y con los camilleros de turno, el envío oportuno de las formulas a la Farmacia; así como adelantar oportunamente la solicitud de práctica de exámenes diagnósticos como Rayos X, Ecografías, endoscopias, interconsultas y demás que solicite el personal médico.
7) Enviar a facturación la historia clínica de cada paciente, con el fin de adelantar el trámite correspondiente a la salida de los pacientes del HOSPITAL.
8) Realizar los respectivos procedimientos a los pacientes que lo necesiten.
9) Vigilar las actividades que desarrollan las personas que se encuentren bajo sus instrucciones.
10) Realizar el informe para la entrega del servicio.
11) Realizar la entrega del respectivo servicio a la Enfermera Jefe que continúe.
12) Cumplir con los protocolos de Bioseguridad, de acuerdo a las Normas Epidemiológicas, así como mantener una adecuada desinfección de las áreas y el manejo de los desechos medico-quirúrgicos
13) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos que le sean asignados por quien ejerce actividades como supervisor del contrato.
14) Colaborar en las actividades del servicio, cuando sean inherentes a las actividades que desarrolla.
15) Revisar periódicamente la calidad de los registros de las historias clínicas realizados por el personal auxiliar de enfermería a su cargo y requerirlos para la aplicación de acciones correctivas y mejorar así la calidad de esos registros.
16) Realizar reporte, seguimiento y gestión de eventos adversos reportándolos a la Coordinación de Enfermería, Auditoría Medica y Oficina de Planeación aplicando las acciones preventivas y correctivas para evitar que se vuelvan a presentar.

GRUPO FUNCIONAL	FUNCIONARIO/CONTRATISTA	NOMBRE Y CARGO	FIRMA	FECHA
	Transcribió o elaboró	Nini Johanna Forero- Auxiliar Administrativo – Contratación		
	Revisado por	Cesar Eduardo Segura – Técnico en Derecho- Contratación		
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. Así mismo, la información contenida en él, es precisa, correcta, veraz y completa, y por lo tanto, lo presentamos para la firma del Representante Lega				

17) Participar en la implementación y puesta en marcha de los sistemas de gestión de calidad del hospital, MECI y demás que se requieran propendiendo por el mejoramiento continuo.
18) Tener vigente y presentar al momento de la suscripción del presente contrato, UNA POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES, con un cubrimiento mínimo de cincuenta (50) salarios legales mensuales vigentes.
19) Elaborar el informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato, para que este certifique el cumplimiento de las mismas.
20) Realizar las demás actividades que le sean asignadas por quien ejerce la supervisión del contrato, acordes con el objeto.

Con una compensación mensual promedio de **DOS MILLONES SETENTA MIL PESOS M/CTE ($ 2.070.000),** sin que este genere relación laboral entre las partes.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado a los 06 días del mes de Noviembre de 2015.

GELVER DIMAS GÓMEZ GÓMEZ
SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL SAN BLAS II NIVEL E.S.E.

GRUPO FUNCIONAL	FUNCIONARIO/CONTRATISTA	NOMBRE Y CARGO	FIRMA	FECHA
	Transcribió o elaboró	Nini Johanna Forero- Auxiliar Administrativo – Contratación		
	Revisado por	Cesar Eduardo Segura – Técnico en Derecho- Contratación		
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes. Así mismo, la información contenida en él, es precisa, correcta, veraz y completa, y por lo tanto, lo presentamos para la firma del Representante Lega				

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.024.464.365**

GOMEZ MANCIPE

APELLIDOS

JOHANA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-JUN-1986**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

01-JUL-2004 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00285347-F-1024464365-20110325 0026276125A 1 1341198563

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14728172140

(415)7707212489984(8020) 000001472817214 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 4 4 6 4 3 6 5	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 4 4 6 4 3 6 5	2 0 0 4 0 7 0 1

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GOMEZ	MANCIPE	JOHANA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 68 C 23 31 IN 5 AP 302

42. Correo electrónico: johanagm.j06@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 2 0 0 3 2 7 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 1 0	2 0 1 0 1 0 0 1						2 2 2 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 12 - 17 / 21 : 46: 37

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

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

984. Nombre GOMEZ MANCIPE JOHANA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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

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

Fecha:17/01/2021

CONTRIBUYENTE	C.C. 1024464365	JOHANA GOMEZ MANCIPE

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 68 C 23 31 IN 5 AP 302 Teléfonos: 3212003275

Dirección electrónica: johanagm.j06@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

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

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 01/10/2010 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8610 - Actividades de hospitales y clínicas, con internación

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

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

Fuente: RIT-SHD

SYSTEM CERTIFICATION ISO 9001 SGS CO18/8129

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANEC
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



REGISTRADO
NOMBRE JOHANA GOMEZ MANCIPE
C.C. 1.024.464.365 BOGOTA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
RUN No. 30814
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)
EXPEDIDO 02/MAR/2012 FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 02/MAR/2022

THOMAS GREG & SONS. 310.037.31/1210

No.

REGISTRADOR ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo a la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC

Departamento de
CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

RESOLUCION No. 25-0927 DE 2012

10 DE FEBRERO DE 2012

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

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS (E)

En uso de la facultad concedida por los Decretos Nos. 3134 de diciembre 20 de 1956, 1875 de agosto 3 de 1994 modificado por Decreto 1352 de 2000, emanados del Ministerio de Salud, Resolución 5258 de 2011 expedida por la Secretaría Departamental de Salud y

CONSIDERANDO:

Que **JOHANA GOMEZ MANCIPE**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía **No.1024464365 DE BOGOTA D.C.**, ha solicitado autorización del ejercicio profesional como **ENFERMERA**, de acuerdo a **TITULO** que le otorgó **LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA DE BOGOTA D.C.**, según **ACTA DE GRADO 438 DE FECHA 18 DE FEBRERO DE 2010.**

Que dicho **TITULO** se encuentra debidamente registrado **AL FOLIO 30 LIBRO 3 REGISTRO 440 DIPLOMA 0119788 DE FECHA 11 DE MARZO DE 2010**, otorgado por **LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA DE BOGOTA D.C.**

Que al revisar los documentos presentado por **JOHANA GOMEZ MANCIPE**, se pudo observar que la **IPS CAPRECOM de GIRARDOT-CUNDINAMARCA** realizó contratación por medio de tercero, cumpliendo efectivamente **7 MESES Y 20 DIAS** en el tiempo comprendido **DEL 21 DE FEBRERO DE 2010 AL 12 DE OCTUBRE DE 2011.**

Que con el fin de no causar un perjuicio al profesional y de conformidad con lo establecido en el artículo 13. Atención y Resolución de peticiones de la resolución 0000274 del 9 de diciembre de 2011, se le convalida al tiempo prestado del Servicio Social Obligatorio, como la totalidad del tiempo requerido a **JOHANA GOMEZ MANCIPE.**

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a **JOHANA GOMEZ MANCIPE,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía **No.1024464365 DE BOGOTA D.C.,** para ejercer la profesión como **ENFERMERA,** en el Territorio Nacional y tienes efectos de inscripción en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autoriza el título o certificado, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaria de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO,- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a 10 DE FEBRERO DE 2012

ADRIANA CAROLINA SERRANO TRUJILLO
Directora de Desarrollo de Servicios (E)

Proyectó: ED
10/2/2012

4627/2011

Bogotá D.C. Febrero 09 de 2012
A la fecha notifiqué personalmente al señor
(a) Johana Gomez Mancipe
CC No. 1024464365 Bta
Firma Johana Gomez M

Gobernación de CUNDINAMARCA
/CundinamarcaGob @CundinamarcaGob

RESOLUCION No. 25-5053de 2014
(14 DE OCTUBRE DE 2014)
"Por la cual se otorga Licencia para Prestación de Servicios de Salud Ocupacional a JOHANA GOMEZ MANCIPE
LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

En uso de la Delegación conferida por el Secretario de Salud de Cundinamarca mediante Resolución 0030 del 04 de febrero de 2013, la Ley 1562 de 2012, y la Resolución No. 04502 del 28 de diciembre de 2012, emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, y

CONSIDERANDO:

Que la Ley 1562 de 2012, en su artículo 23, asignó directamente la competencia para otorgar y renovar las licencias para la prestación de servicios de salud ocupacional a las entidades departamentales y distritales de salud, en los siguientes términos: *"Licencias en Salud Ocupacional. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará en el término de seis (6) meses, contados a partir de la vigencia de la presente ley, el procedimiento, requisitos para el otorgamiento y renovación de Licencias en salud ocupacional a las personas naturales y jurídicas, que como mínimo deben comprender: requisitos, experiencia, campo de acción de acuerdo a su profesión, cobertura nacional y departamental, formación académica, y vigencia de la licencia.* ***La expedición, renovación, vigilancia y control de las licencias de salud ocupacional estará a cargo de las entidades departamentales y distritales de salud".***

Que el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante Resolución número 004502 del 28 de diciembre de 2012, expidió la reglamentación del procedimiento y requisitos para el otorgamiento y renovación de las licencias de salud ocupacional, y a su vez, el Secretario de Salud de Cundinamarca, mediante Resolución 0030 del 04 de febrero de 2013, delegó en el Director de Desarrollo de Servicios de Salud, la competencia para la expedición en primera instancia de los actos administrativos mediante los cuales se otorgue y renueve la licencia para la prestación de servicios de salud ocupacional.

Que JOHANA GOMEZ MANCIPE identificado(a) con la cédula de ciudadanía No:1.024.464.365 a formulado solicitud escrita, para obtener licencia de prestación de servicios en Salud Ocupacional, para lo cual ha acompañado los documentos de que trata el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de diciembre de 2012, emanada del Ministerio de Salud y Protección Social.

La Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, considera procedente otorgar la respectiva licencia para la prestación de servicios en Salud Ocupacional.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Otorgar licencia para prestar servicios en Salud Ocupacional JOHANA GOMEZ MANCIPE identificado(a) con la cédula de ciudadanía No:1.024.464.365 quien de acuerdo al perfil como: ENFERMERA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA Y ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA en las áreas de:

-ENFERMERA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
-INVESTIGACION EN AREA TECNICA
-INVESTIGACION DEL ACCIDENTE DE TRABAJO, DE ACUERDO A SU COMPETENCIA Y FORMACION ACADEMICA.

Gobernación de CUNDINAMARCA
/CundinamarcaGob @CundinamarcaGob

RESOLUCION No. 25-5053de 2014
(14 DE OCTUBRE DE 2014)
"Por la cual se otorga Licencia para Prestación de Servicios de Salud Ocupacional a JOHANA GOMEZ MANCIPE

-EDUCACION
-CAPACITACION
-DISEÑO, ADMINISTRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO.

PARAGRAFO: La licencia de que trata el presente artículo tiene el carácter de personal e intransferible y validez en todo el territorio nacional, acorde con el inciso primero del artículo 6º de la Resolución 004502 del 28 de diciembre de 2012.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia para prestar servicios en Salud Ocupacional, que se otorga mediante la presente Resolución se concede por el término diez (10) años y podrá ser renovada por término igual, siempre y cuando cumplan con los requisitos estipulados en la normatividad vigente al momento de la renovación.

ARTICULO TERCERO: Toda la prestación de servicios de salud ocupacional que el titular de esta licencia preste a Instituciones Públicas o Privadas deberá estar acompañada de una (1) copia de la presente Resolución que acredita el otorgamiento de su respectiva licencia.

ARTICULO CUARTO: El titular de la licencia, deberá cumplir en el ejercicio de sus actividades con las normas legales, técnicas, éticas y de control de garantía de calidad para la prestación de servicios de salud ocupacional que para tal fin expida la autoridad competente.

ARTICULO QUINTO: La Secretaria de Salud de Cundinamarca, en cabeza de la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control, vigilará y controlará el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la Resolución 004502 del 28 de diciembre de 2012, e impondrá las sanciones que acarreen su incumplimiento, sin detrimento de las demás sanciones que pueden derivarse de la transgresión a las normas legales vigentes.

ARTICULO SEXTO: Contra la presente Resolución proceden los recursos de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios y el subsidio apelación ante el Secretario de Salud de Cundinamarca, en los términos y condiciones del artículo 13 de la Resolución 004502 del 28 de diciembre de 2012, en concordancia con el artículo 76 y siguientes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá a los 14 días del mes de Octubre de 2014

LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
Directora de Desarrollo de Servicios de Salud

Elaboró. Nohora Herrera / Octubre de 2014
Revisó. Martha Beltran/ Octubre de 2014

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2021-01-21–3:19:03 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1024464365	JOHANA		GOMEZ	MANCIPE	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) JOHANA GOMEZ MANCIPE identificado(a) con CC 1024464365 registra La siguiente información:

2021-01-21–3:19:03 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2012-03-02		ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC
UNV	Local	Enfermería	2012-02-10	927	DTS SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA

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).

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **JOHANA GÓMEZ MANCIPE** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.024.464.365, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

El presente certificado tiene una vigencia de seis (6) meses contados desde la fecha de su expedición.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veintitrés (23) días del mes de septiembre del año dos mil veinte (2020).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria



VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA	1			
MENINGO COCO				
DPT ACELULAR				
HERPES ZOSTER				
ANTIRRÁ-BICA	1			
	2			
	R			
OTRAS				

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

VACUNACIÓN AL DÍA, PROTECCIÓN Y VIDA

NIT. 900.160.179-1

Cod. del Prestador 1100117560

AUTORIZADO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

IPS Mundo Salud Medical Group

Nº 4169

NOMBRE: Johana Gomez Mancipe

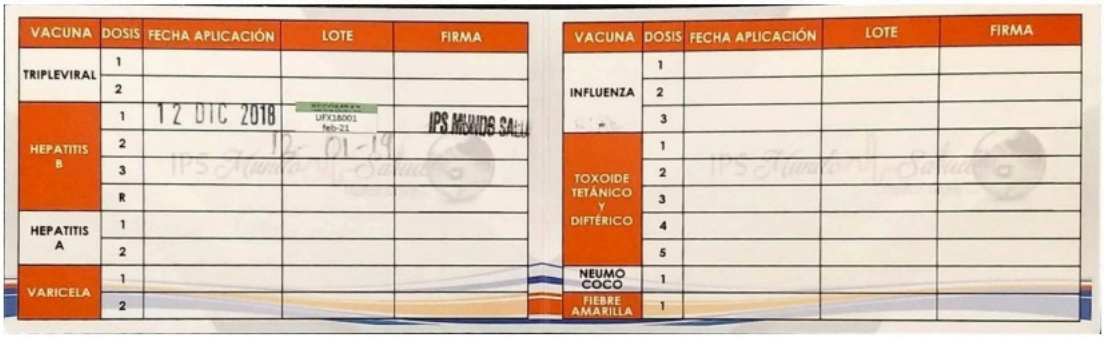
IDENTIFICACIÓN: 1.024.464.365 SEXO: F

FECHA DE NACIMIENTO: 30-06-86 TEL.: 3137630553

696 7246 320 346 7063 304 219 5009

www.vacunacionmundosalud.com

Cra. 20 No. 27-08 Sur Barrio Olaya



VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLEVIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1	12 DIC 2018	UFX18001 feb-21	IPS MUNDO SALUD
	2	12-01-19		
	3			
	R			
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
NEUMO COCO	1			
FIEBRE AMARILLA	1			

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

NOMBRE:
Johana Gomez Manjpe

DOC. DE IDENTIDAD: 1.024.464.365

RH

Vacunarse es **PROTEGER** *su salud*



Atención Domiciliaria sin costo Adicional

Calle 112 No. 70B-31 Consultorio 201
Lineas de Atención al cliente: 4810203 - 2265819
310 763 22 53 - 310 321 0272
E-mail: proteger_biocenter@hotmail.com

	DOSIS	LOTE	APLICADA EL:	SELLO
HEPATITIS B	1		2 6 ABR 2005	PROTEGER BIO-CENTER LTDA
	2		18 MAY 2005	
	3		15 JUN 2005	
	REF		6 SEP 2007	PROTEGER BIO-CENTER LTDA
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA				

	DOSIS	LOTE	APLICADA EL:	SELLO
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
	4			
V P H (VIRUS PAPILOMA HUMANO)	1			
	2			
	3			

FECHA INGRESO: *20-01-2020* ***HORA:*** *09:10am*
FECHA IMPRESIÓN: *23-01-2020 HORA: 01:38pm*
DRA. *ANA DEL CARMEN ZUÑIGA CUADRO*
REG. HABILITACIÓN: *110012556103*

N° de Orden	:6529	**No. Interno**	: 6529
Paciente	: JOHANA GOMEZ MANCIPE	**Edad**	: 33 AÑOS
Documento Id.	: 1024464365	**Teléfono o Cel.**	: 3137630553
Empresa	**:** LAB. CLÍNICO ANA ZUÑIGA CUADRO	**E-Mail**	**:----------**
Sede	**:** OLAYA	**N° Autorización**	: 11024464365

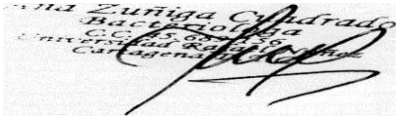
Examen	Resultado	Unidades	Valor Referencia
	INMUNOLOGIA ESPECIAL		
HORMONAS			
HEPATITIS B AC HBS – ANTI HBS :	847.9	UI/L	0 - 0

CONCENTRACION DE AC ANTI-HBS DESPUES DEL CICLO DE INMUNIZACION, Y TIEMPOS ACONSEJADOS PARA LA INOCULACION DE REFUERZO

INFERIOR A 10 UI/L : INMEDIATAMENTE
10-100 UI/L: : Después de 3-6 Meses
100-1.000 UI/l : Después de 1 Año
1.000-10.000 UI/L : Después de 7 Años

SE SUGIERE CORRELACIONAR CON HISTORIA CLÍNICA

Dirección Operativa de Laboratorio



Dra. ANA ZUÑIGA CUADRO
C.C 45689156

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

Régimen : RÉGIMEN Salud Ocupacional
Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000249296

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 22/01/2021 09:22:16

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

NOMBRE Y APELLIDO: JOHANA GOMEZ MANCIPE **C.C** 1024464365

EDAD 34 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** ENFERMERA JEFE



EXÁMENES PRACTICADOS

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

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

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

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

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

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL MEDICO RUTINA EPS / NUTRICION
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS/ USO DE LOS EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: NO MANIFIESTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS - COV 2), NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020
SE SUGIERE AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL

Clinisur IPS 1 Ltda.

Régimen : RÉGIMEN Salud Ocupacional

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

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 22/01/2021 09:22:16

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

NOMBRE Y APELLIDO: JOHANA GOMEZ MANCIPE **C.C** 1024464365

EDAD 34 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** ENFERMERA JEFE



EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Johana Gomez

FIRMA DEL PACIENTE

Dra. Dayanira Mosquera G.
Esp. Salud Ocupacional
C.C. 53.015.470

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Certificación

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

CERTIFICA A:

JOHANA GÓMEZ MANCIPE

C.C. 1024464365

Como asistente a la capacitación en

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de 20 horas

El presente se expide a los **Cuatro (4) días del mes de diciembre de 2018**

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

Mónica Adriana Pérez Bonilla
Director Operativo – 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

CODIGO DE VERIFICACION 1698



CERTIFICA QUE:

JOHANA GOMEZ MANCIPE

C.C. 1.024.464.365

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso(s)-taller(s) de **SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)** con una intensidad horaria de cuarenta y ocho **(48)** horas, basado en los Requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional

ANGELES DE LA SALUD

BOGOTÁ D.C 06 DE MARZO DE 2021

Academia de Capacitaciones

NIT. 1.110.543.709-3

CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD NIT: 1.110.543.709-3 GERENCIA

LINA MARIA MEDINA
GERENCIA

CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD NIT: 1.110.543.709-3 DIRECCION

NELSON F. CASTILLO
DIRECCION

DIRECCION CARRERA 78 B # 39A-45 SUR PISO 3 OFICINA 300 KENNEDY CENTRAL
4061074 - 3505618740 - 3222354745
angelesdelasalud@hotmail.com
DIRECCION WEB: www.angelesdelasalud.co
VIGENCIA MARZO 2023

CODIGO DE VERIFICACION 1697



CERTIFICA QUE:

JOHANA GOMEZ MANCIPE

C.C. 1.024.464.365

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso(s)-taller(s) de **SOPORTE VITAL BASICO (BLS)** con una intensidad horaria de cuarenta **(40)** horas, basado en los Requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional

ANGELES DE LA SALUD

BOGOTÁ D.C 08 DE MARZO DE 2021

Academia de Capacitaciones

NIT. 1.110.543.709-3

CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD NIT: 1.110.543.709-3 GERENCIA

LINA MARIA MEDINA
GERENCIA

CAPACITACIONES ANGELES DE LA SALUD NIT: 1.110.543.709-3 DIRECCION

NELSON F. CASTILLO
DIRECCION

DIRECCION CARRERA 78 B # 39A-45 SUR PISO 3 OFICINA 300 KENNEDY CENTRAL
4061074- 3505618740-3222354745
angdelasalud@hotmail.com
DIRECCION WEB: www.angelesdelasalud.co
VIGENCIA MARZO 2023

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
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

1.024.464.365	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Johana		Gómez	Mancipe
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

30/06/1986	Bogotá	Cra 68C # 23-31 Int 5 Apt 302	No tengo
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Sanitas	Porvenir	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Enfermera Profesional	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

johanagm.j06@gmail.com	321 200 32 75
Correo Electrónico	Celular

JohanaGómez Mancipe.	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

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

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

FECHA:	21-01-21	CIUDAD:	Bogotá	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 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 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	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
[X]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Gomez	Mancipe	Johana	—

TIPO DE IDENTIFICACION(Marcar con X)				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento)		FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA)
C.C. [X]	C.E. [ ]	R.C. [ ]	NUIP [ ]	1024464365	Bogotá / Bogota	Cundinamarca	01-07-2004
PASAPORTE [ ]	OTRO [ ]	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI [X]	NO [ ]	

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
30-06-1986	Bogotá / Bogotá	Cundinamarca	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL (Marcar Con X)					PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO FIJO/ CELULAR
SOLTERO(A) [X]	CASADO(A) [ ]	DEVORCIADO(A) [ ]	UNION LIBRE [ ]	VIUDO(A) [ ]	0	0	3212003275

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 68C # 23-31 Int 5 Ap 302	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	—

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA(Marca con X)		
johanagm.j06@gmail.com	—	PROPIA [ ]	FAMILIAR [ ]	ARRENDADA [X]

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: —

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		ICA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO)	
		SI [ ]		SI [ ]		SI [ ]		NO [X]
		NO [X]		NO [X]		NO [X]	PRINCIPAL: 8610	SECUNDARIA:

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	NIT
SI [ ] NO [X]	SI [X] NO [ ]	UMHES San Blas - Subred Centro Oriente	900.959.051-7

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

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

EXPORTACIONES ☐	FINANCIERA ☐	MEDICAMENTOS ☐	AGROPECUARIA ☐	INDUSTRIAL ☐	TECNOLOGIA ☐	OTRA : ☐	
DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO FIJO/CELULAR		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAIS
Trans 5 este #M-50Sur	2891100		Bogotá - Bogotá		Cundinamarca		Colombia
CARGO ACTUAL	Enfermera				FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)		02-01-2017

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
1	40'000.000	8610	Actividades de hospitales y clínicas con internación	02-01-2017	—

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS $)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	3'000.000	GASTOS FAMILIARES	600 000	AHORROS	0	SALDO HIPOTECA	0
HONORARIOS	0	ARRIENDOS	1'000 000	INVERSIONES	0	TARJETAS DE CREDITO	350 000
ARRIENDOS	0	CUOTA VEHICULO	0	VEHICULOS	23'000.000	DEUDA VEHICULOS	0
COMISIONES	0	CUOTA VIVIENDA	0	PROPIEDADES	0	DEUDAS TERCEROS	6'230.000
OTROS INGRESOS*	0	OTROS EGRESOS*	700 000	OTROS ACTIVOS*	0	OTROS PASIVOS*	0
TOTAL INGRESOS	3'000.000	TOTAL EGRESOS	2'300.000	TOTAL ACTIVOS	23'000.000	TOTAL PASIVOS	6'580.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
—		Gastos Adicionales		—		—	

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
Martinez	—	Nelson	Francisco
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y O EXTENSION/CELULAR**
Barrio Perdomo	Bogotá-Cundinamarca-Colombia	Amigos	3164832624 —

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BBVA	Cuenta de Ahorros	292079435	Montevideo	4202004

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			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 ☐

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 aqui consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes 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 las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Prestación de Servicios como Enfermera Profesional.

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 ilicita 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 ilicitas 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 licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD 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 mí 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.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriria 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 trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio 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.

Escaneado con CamScanner

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 jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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

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

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

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

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

Johanna Gomez Mancipe

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice 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 2020

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 *

johanagm.j06@gmail.com

Documento de Identidad *

1024464365

Nombres y apellidos *

Johana Gomez Mancipe

Número de contacto *

3212003275

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 1024464365
NOMBRES Y APELLIDOS	Gomez Mancipe,Johana
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	07/01/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Gomez Mancipe,Johana , a los 21 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

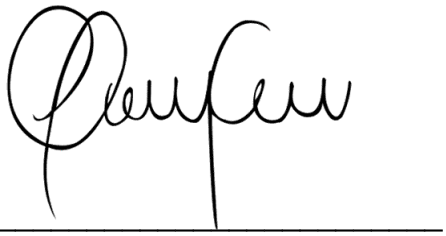
SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOHANA GOMEZ MANCIPE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.464.365**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 21 de Enero 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.

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909405, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1024464365	JOHANA GOMEZ MANCIPE	SAN BLAS-ASISTENCIAL	3	2.436%	01/12/2017		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 15 de Enero del año 2021.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 159101517

WEB
16:02:14

Bogotá DC, 21 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) JOHANA GOMEZ MANCIPE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1024464365:

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 jueves 21 de enero de 2021, a las 16:05:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1024464365
Código de Verificación	1024464365210121160525

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

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 4159341

Bogotá D.C., 21 de Enero de 2021 - 16:07 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) **JOHANA GOMEZ MANCIPE**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UNO MIL VEINTICUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO** de BOGOTÁ, D.C.

1024464365

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_2Y2T3_0616
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 16:30:33 horas del 21/01/2021, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1024464365**
Apellidos y Nombres: **GOMEZ MANCIPE JOHANA**

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

Todos los derechos reservados.

BBVA
Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

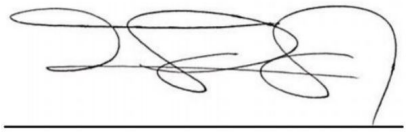
Que nuestro(a) cliente **JOHANA GOMEZ MANCIPE**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 1.024.464.365** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 272079435** aperturada el **03 de agosto de 2016** , cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **21** días del mes de **enero** del año **2021**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0272079435**
Cuenta de 16 dígitos: **0272000200079435**
Cuenta de 20 dígitos: **00130272000200079435**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA