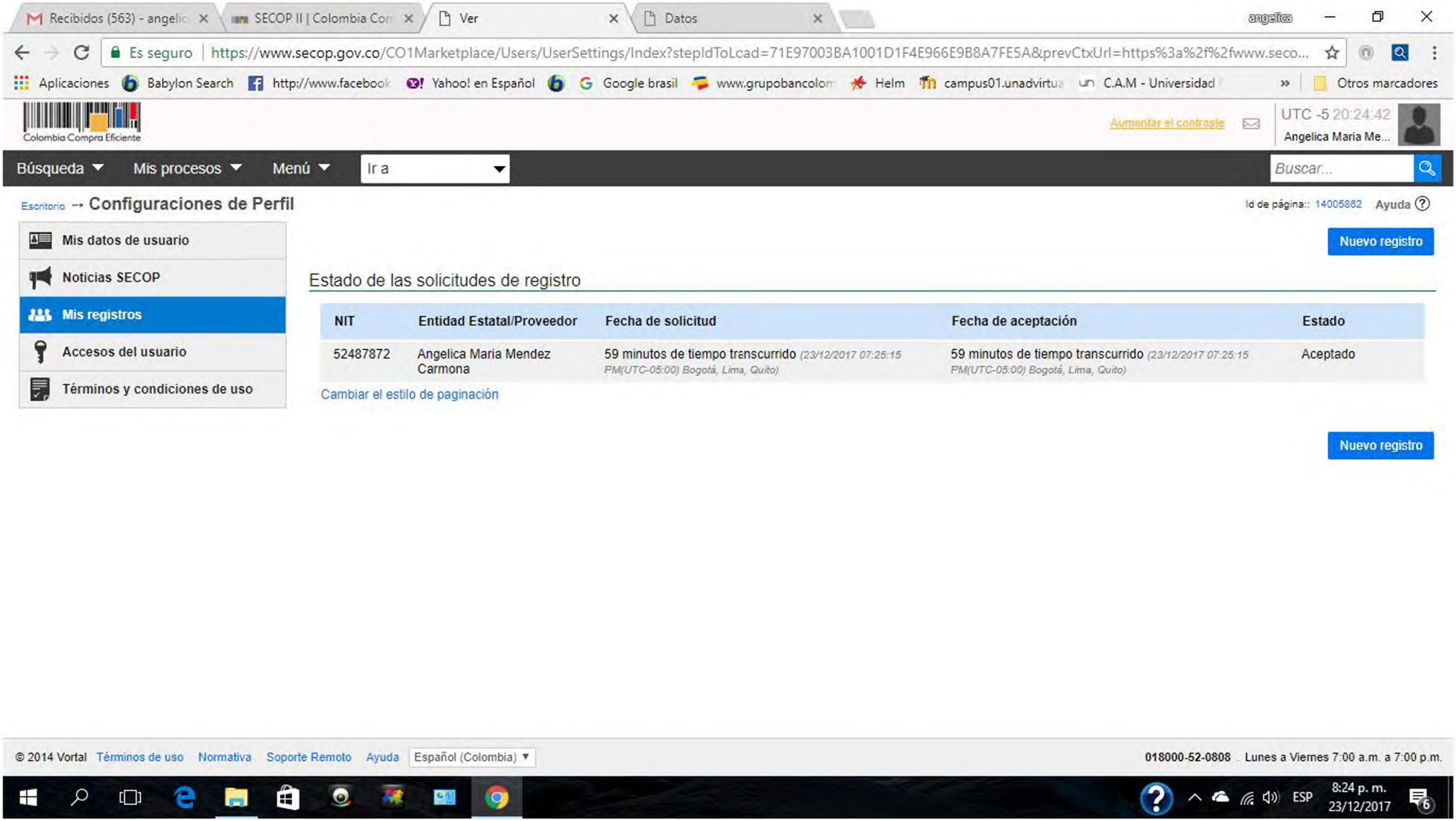

Recibidos (563) - angelic
SECOP II | Colombia Com
Ver
Datos
angelica
Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?stepIdToLcad=71E97003BA1001D1F4E966E9B8A7FE5A&prevCtxUrl=https%3a%2f%2fwww.seco...
Aplicaciones
Babylon Search
http://www.facebook
Yahoo! en Español
Google brasil
www.grupobancolom
Helm
campus01.unadvirtua
C.A.M - Universidad
Otros marcadores
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 20:24:42
Angelica Maria Me...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuraciones de Perfil
Id de página:: 14005862
Ayuda
Nuevo registro
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Estado de las solicitudes de registro
NIT
Entidad Estatal/Proveedor
Fecha de solicitud
Fecha de aceptación
Estado
52487872
Angelica Maria Mendez Carmona
59 minutos de tiempo transcurrido (23/12/2017 07:25:15 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
59 minutos de tiempo transcurrido (23/12/2017 07:25:15 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Aceptado
Cambiar el estilo de paginación
Nuevo registro
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808
Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
ESP
8:24 p. m.
23/12/2017

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Mendez	Carmona	Angelica Maria

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C ⊘ C.E ○ PAS ○ No. 52487872	F ⊘ M ○	COL. ⊘ EXTRANJERO ○	

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DÍA 06 MES 12 AÑO 1976	Cr 112 A 14237 Apto 301
PAÍS Colombia	PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca
DEPTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá
MUNICIPIO Bogotá	TELÉFONO 3115371122 EMAIL angelicammendez16@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 BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO:
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	✗	MES 12 AÑO 1992

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:
TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	/		Medico Veterinario	12	1999	5863

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Centro Oriente	V		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2091480	DÍA 17 MES 04 AÑO 2017	DÍA 09 MES 06 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Medico Veterinario	Vigilancia Salud Ambiental	Dg 34 S 43

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Centro Oriente	X		Colombia.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2091480	DÍA 11 MES 09 AÑO 2016	DÍA 03 MES 03 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Medico Veterinario	Vigilancia Sanitaria	CL 73 A 30D44 SUR

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Rafael Uribe Uribe	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2091480	DÍA 17 MES 05 AÑO 2016	DÍA 31 MES 07 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Medico Veterinario	Vigilancia Sanitaria	CL 129 72B 11 SUR

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Tactical dogs		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Sopo	paezluisenrique@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
313 3875213	DÍA 01 MES 01 AÑO 2011	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Medico Veterinario	N/A	Vereda Canavita Via Sopo

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	6
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	14	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	16	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento 29 / mayo / 2018

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

Departamento Administrativo de la Función Pública

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

I. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, Angelica Maria Mendez Carmona.

IDENTIFICADO CON : C.C. [1] C.E. [2] OTRO [3] No. 52487872 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN : Bogotá

DIRECCIÓN Cr 112 A 142 37 Apto 301 TELÉFONOS 3115871122

MUNICIPIO Bogotá DEPARTAMENTO Cundinamarca PAIS Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A :

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Andres Felipe Vega Mendez	1027781320	Hijo
Ines Carmona Cardona	41596419	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESIÓN** [ ], **PARA RETIRARME** [ ], **PARA ACTUALIZACIÓN** [X], **PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** [ ], QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN :

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	1.000.000
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	30.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	31.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	Ahorros	25078066298	Medellin	140.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes :

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
Apartamento	Cr 112 A 142 37 Ap 301	180.000.000

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Bancolombia	Credito hipotecario	85.000.000
Bancolombia	Tarjeta de Credito	3.200-000

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad : SI ☐ NO ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÒNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	Nº

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN
Medico veterinario Tactical dogs	Medico veterinario

3. FIRMA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogota, 29 de mayo 2018
CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

y en su nombre

El Colegio

"Santa Rosa de Lima"

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según resolución No. 2202 del 26 de Julio de 1989 de la Secretaría de Educación de Bogotá, D. E.

Confiere a

Ingélica María Méndez Carmona

Identificado con T. I. No. 761206-11898 de Bogotá

El Título de

Bachiller Académico

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

Rector

Secretario

Dado En Suntafé de Bogotá A 5 De Diciembre De 1992

Anotado Al Folio 714 Libro De Registro No. 94

Secretario De Educación

República de Colombia

U.D.C.A.

PERSONERIA JURIDICA RES. 7392 DE MAYO DE 1983 - MINEDUCACION

INSTITUCION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, teniendo en cuenta que:

Angélica María Méndez Carmona

C. C. 52'487.872 de Santafé de Bogotá, D.C.

Aprobó los estudios programados por la Universidad y cumplió los requisitos exigidos por los Reglamentos y la Ley, para un programa de formación universitaria le confiere el título de:

Médico Veterinario

En testimonio de lo expuesto se expide el presente Diploma que así lo acredita.

Santafé de Bogotá, D.C., Dcbre. 7 de 1999

U.D.C.A
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

Presidente | Rector | Decano | Director de Carrera | Secretario General

Diploma No. 1669
Registrado al Folio No. [illegible]
Del libro de diplomas No. 1
Fecha Diciembre 9 de 1999

U.D.C.A.

CORPORACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES
(Antes de Ciencias Agropecuarias)
NIT. 860.403.721-2

FACULTAD DE CIENCIAS AGROPECUARIAS
CARRERA DE MEDICINA VETERINARIA
ACTA DE GRADO
No. 1667
1-24-741 M-99

En la Ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., el día 7 de Diciembre de 1999, se llevó a cabo el Acto de Graduación, presidido por los Doctores: Alberto Gómez Téllez, Presidente; Germán Anzola Montero, Rector y Armando Téllez Olarte, Secretario; en el cual la Corporación Universitaria de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A., previo el juramento reglamentario, confirió el título de

MEDICO VETERINARIO
A: MENDEZ CARMONA ANGELICA MARIA

Identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No.52'487.872 de Santafé de Bogotá D.C., quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos y las normas legales y le otorgó el Diploma que lo acredita como tal.

La Corporación Universitaria de Ciencias Aplicadas y Ambientales, está autorizada para conferir este título según lo establecido en el Artículo 18 de la Ley 30 de 1992.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en Santafé de Bogotá, el 7 de Diciembre de 1999.

Firmada por:

GERMAN ANZOLA MONTERO
Rector

ARMANDO TELLEZ OLARTE
Secretario

GERARDO LOPEZ JURADO
Decano

Es fiel copia tomado del original.

ARMANDO TELLEZ OLARTE
Secretario General

INSTITUCION COLEGIO SANTA ROSA DE LIMA

DIRECCION CARRERA 32 No. 70A - 29

TELEFONO 2 40 51 52 - 3 11 26 78 Inscripción S.E. 26

JORNADA MAÑANA Inscripcion Dane 311001111805

ACTA DE GRADO

En la ciudad de SANTAFE DE BOGOTA, D.C. a los 5 días del mes de DICIEMBRE del año 1992 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO SANTA ROSA DE LIMA

Institución aprobada hasta 1995 en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por LA SECRETARIA DE EDUC. DE BOGOTA D.E. para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA según Resolución Nº 2202 del 26 de JULIO de 19 89

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el

TITULO DE BACHILLER ACADEMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación :

MENDEZ CARMONA ANGELICA MARIA T. DE I. No. 761206-11298 DE BOGOTA

Es fiel copia tomada del Acta original general Nº 011 de fecha DICIEMBRE 5 DE 1992 que consta de 67 alumnos que comienza con el nombre de AARON ALVARADO ANDREA DEL PILAR y se cierra con el nombre de TORRES FLOREZ ADRIANA

firmado y sellado por HNA. MARIA EVELIA LOPEZ JIMENEZ (Rector) y HNA. NURY DEL CARMEN ANDRADE PATERNINA (Secretario).

Dada en SANTAFE DE BOGOTA, D.C. a los 5 días del mes de DICIEMBRE de 19 92

COLEGIO STA. ROSA DE LIMA

El Rector o Director - 1970

C.C. Nº 23'170.662 DE SINCELEJO
Firmado y Sellado

El Secretario

C.C. Nº 33'173.767 DE SINCELEJO
Firmado y Sellado

FISE

Bogotá D.C

Señores:

Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A.

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

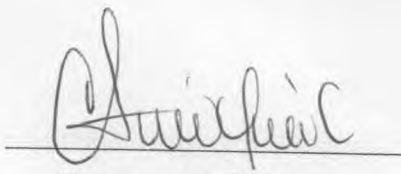
Yo, Angélica María Méndez Caimona. en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal 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:

Medico Veterinario

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 52487872

Tarjeta profesional No: 05863

Dirección de contacto: Cr 112 A 142 37 Apto 301

Teléfono: 3115871122

LA EMPRESA TACTICAL DOGS LTDA

NIT: 900105760-6

SE PERMITE CERFICAR:

Que la Señora ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA identificada con cedula de ciudadanía No. 52.487.872 de Bogotá, Profesional en medicina veterinaria con matricula profesional 05863, labora en la Empresa TACTICAL DOGS LTDA prestando servicios médicos veterinarios, encargada del área de sanidad animal de los caninos en entrenamiento y los que se encuentran vinculados a los diferentes contratos de la empresa. En sus funciones Incluye vigilar y controlar el estado de salud de los animales para evitar que los agentes trasmisibles a las personas puedan poner en riesgo la salud pública.

Desde Enero de 2011 hasta la fecha con contrato de prestación de servicios de renovación anual.

Se expide en Bogotá a los 10 de septiembre de 2016

Cordialmente,

Luis Enrique Páez Peña

Tactical Dogs

paezluisenrique@hotmail.com; calle 3 # 2 81 Cajica/ Cundinamarca cel: 3133875213

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL PROCESO DE GESTION CONTRACTUAL Y SUPERVISION DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E HOY UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD RAFAEL URIBE URIBE E.S.E DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. SEGÚN ACUERDO 641 DE 2016 CON BASE EN LA REVISION DEL EXPEDIENTE Y LA DOCUMENTACIÓN FISICA

HACE CONSTAR:

Que el **HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** con **NIT**. 830.077.633-4, ubicado en la carrera 12D No. 26 A-62 sur y No. de Tel: 5966600, hoy fusionado en la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**. suscribió en su momento el contrato con **ANGELICA MARIA MEDEZ CARMONA, C.C. No 52.487.872** Cumpliendo *con el objeto del mismo y que a continuación se relaciona:*

VIGENCIA	N° OPS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR
2016	1391	17 de mayo de 2016	31 de julio de 2016	7.996.322

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO VETERINARIO DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PUBLICA COMPONENTE VIGILANCIA SANITARIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD RAFAEL URIBE UR

OBLIGACIONESA ESPECÍFICAS:

1. Desarrollar actividades de inspección, vigilancia y control a establecimientos de alimentos según estándares establecidos por la Secretaria Distrital de Salud.
2. Desarrollar actividades educativas en alimentos acorde a estándares establecidos por la Secretaria Distrital de Salud.
3. Ejecutar operativos de alimentos y bebidas alcohólicas.
4. Realizar atención de brotes y ETAS cuando se presenten.
5. Atender de solicitudes, quejas y derechos de petición en conformidad a la normatividad vigente.
6. Realizar muestreo de alimentos y bebidas alcohólicas según programación.
7. Realizar informes dentro de los plazos establecidos al igual que remisión de documentos a procesos sancionatorios producto de medidas sanitarias o resultados no cumple de alimentos muestreados.
8. Atender disponibilidad de eventos o situaciones requeridas por el Hospital Rafael Uribe Uribe o la Secretaria Distrital de Salud.
9. Garantizar gestión documental y demás funciones relacionadas con la naturaleza del cargo y el área de desempeño.
10. Garantizar ingreso a la base de datos SISVEA de las medidas aplicadas a establecimientos o productos.
11. Consolidar información de actividades ejecutadas por territorio y micro territorios.
12. Desarrollar procesos administrativos y de atención a usuarios, consolidación de cronogramas y actividades semanales ejecutadas.

13. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones.
14. Responder oportunamente por la información requerida por la coordinación del PIC.
15. Participar en las actividades de planificación y gestión conforme a los requerimientos de la Secretaria Distrital de Salud.
16. Las demás que en razón de sus responsabilidades sean necesarias por parte de la Secretaria Distrital de Salud o el Hospital.
17.- Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones contenidas en la cláusula OCTAVA de la presente orden de prestación de servicios, si a ello hubiera lugar. EL CONTRATISTA autoriza con la firma del presente contrato el descuento de los valores que se generen por glosas definitivas no subsanables aplicadas en contra de la E.S.E y con ocasión del desarrollo de sus actividades
18.- Informar por escrito con una antelación no inferior a Ocho (8) días hábiles al Supervisor del Contrato la solicitud de suspensión o terminación del contrato

Se expide la presente certificación a solicitud de contrato con con **ANGELICA MARIA MEDEZ CARMONA,** en Bogotá D.C. a los Teinta y un (31) días, del mes de Agosto de 2016

Para mayor información favor comunicarse al 5966600 Ext. 1021 o dirigirse a la carrera 12D No. 26 A -62 sur, oficina de OPS.

Cordialmente,

MASSIEL MAGALI NEIRA GONZALEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

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

Revisó: Massiel Magali Neira González–Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe
Elaboró: Claudia Jiménez — Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.487.872
MENDEZ CARMONA

APELLIDOS
ANGELICA MARIA

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 06-DIC-1976
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

02-JUN-1995 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00339808-F-0052487872-20111012 0028263187A 1 1521536417

...ORIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14407140747

(415)7707212489984(8020) 000001440714074 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 4 8 7 8 7 2	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 2 4 8 7 8 7 2	1 9 9 5 0 6 0 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	CARMONA	ANGELICA	MARIA

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
CR 112 A 142 37 AP 301 BRR SUBA LOMBARDIA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
angelicammendezc@gmail.com		4 9 7 7 1 4 2	3 1 1 5 8 7 1 1 2 2

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 5 0 0	2 0 0 1 0 7 0 2	0 0 1 0	2 0 0 9 1 0 1 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	19	20	21	22	23	24	25	26
	1	2	2	2																						

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 7 0 3 0 8

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 TAMAYO DELGADO JENNY LICET
985. Cargo: Gestor I

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

Fecha generación documento PDF: 08-03-2017 02:15:01PM

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

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACION TRIBUTARIA - RIT
INFORMACION BASICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:25/03/2018

CONTRIBUYENTE C.C. 52487872 ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 112A 142 37 AP 301

Teléfonos: 7517597

Direccion electrónica: angelicammendezc@gmail.com

Fecha de Inscripción: 01/07/2015

Soporte Inscripción: -

Fecha inicio de Actividades: NO REGISTRA

Fecha de cese de Actividades: NO REGISTRA

Fecha de informe del cese: NO REGISTRA

No. Establecimientos 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL

Regimen tributario: SIMPLIFICADO

Actividad 1: 7500 - Actividades veterinarias.

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

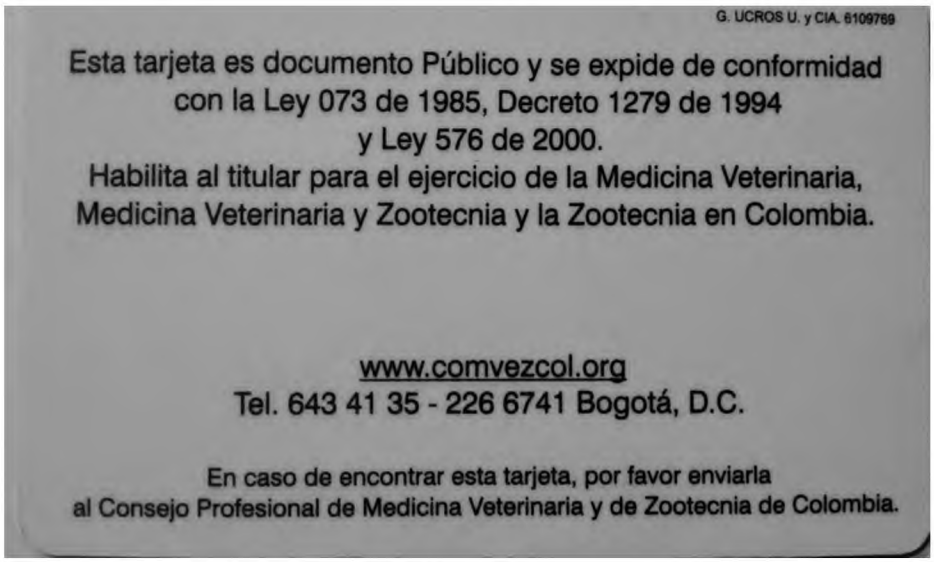
Actividad 5:

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

COMVEZCOL LEY 073 DE 1985
MVZ CONSEJO PROFESIONAL
DE MEDICINA VETERINARIA Y DE ZOOTECNIA DE COLOMBIA
Matricula Profesional
5863
ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA
D.I.: 52487872 BOGOTA D.C.
Médico Veterinario
Universidad U.D.C.A
Acuerdo 104 de 2000-01-11
Pdte. Cesar A. Serrano Novoa
MVZ


G. UCROS U. y CIA. 6109769
Esta tarjeta es documento Público y se expide de conformidad
con la Ley 073 de 1985, Decreto 1279 de 1994
y Ley 576 de 2000.
Habilita al titular para el ejercicio de la Medicina Veterinaria,
Medicina Veterinaria y Zootecnia y la Zootecnia en Colombia.
www.comvezcol.org
Tel. 643 41 35 - 226 6741 Bogotá, D.C.
En caso de encontrar esta tarjeta, por favor enviarla
al Consejo Profesional de Medicina Veterinaria y de Zootecnia de Colombia.

Gmail

REDACTAR

Recibidos (789)

Destacados

Importantes

Enviados

angelica +

Más

MVZ CONSEJO DE MEDICINA VE

2018-05-29 21:01:00

Doctor(a) **ANGELICA MARIA MENDEZ**

Se ha recibido su documentación para el tramite de **Certificado de Antecedentes e**

Cordialmente,

CONSEJO PROFESIONAL

MEDICINA VETERINARIA Y ZOOTECNIA DE COLOMBIA

Llamar

Prueba también nuestras aplicaciones móviles iOS y Android

Haz clic aquí para Responder o para Reenviar

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Angelica María

Apellidos: Mendez Carmona

Documento de identidad: C.C. - T.I. - Pasaporte - No. 52487872

Fecha de Nacimiento: Día 06 Mes 12 Año 1976

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	25-05-15		
	2	1-06-15		
	3	12-04-16		
	4	12-04-17		
	5			
Contra Hepatitis B	1	13 DIC 2016		
	2	16 ENE. 2017	1431026013/9	
	3	13 MAR. 2017	1434026013/19	
	R	13 Marzo/18		

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD DE INGRESO

DR. YORDY EDUARDO ULLOA RODRIGUEZ
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CRA 2 # 4-14 SOPO
CEL: 3102528173-3006566114
TEL: 8572545

CIUDAD: Sopo	**FECHA:** Diciembre 14 2015
APELLIDOS Y NOMBRES DEL ASPIRANTE	Mendez Carmona Angelica Maria
IDENTIFICACIÓN	52.487.872
CARGO A DESEMPEÑAR	Medico Veterinario
EMPRESA	Practical Drugs

EVALUACION REALIZADA

Espirometría	—	Examen médico de Ingreso	X
Glicemia	—	Examen osteomuscular	X
Colesterol y triglicéridos	—	Examen optométrico	—
Coprológico	—	Audiometría	—
KOH uñas y Frotis faríngeo	—	Tamizaje visual	X

Otros: no

CONCEPTO

Cumple con los requisitos médicos para el cargo	
Cumple con los requisitos médicos para el cargo con recomendaciones	X
Con restricciones que interfieren con el desempeño de la labor	
Requiere otros estudios y/o tratamientos para poder dar concepto	

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

Además de las capacitaciones para su labor, suministrarle los elementos de protección personal completos y adecuados. Supervisar y controlar la correcta utilización de estos.

NOTA: Respetando la legislación vigente (Resolución 2346 del 18 de julio de 2007 artículos 10, 14 y 16; Resolución 1918 artículo 2), solo se entrega el concepto de Aptitud. Los demás soportes reposan en la historia clínica ocupacional del trabajador.

RECOMENDACIONES LABORES Y PARA LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Especial empresa en higiene postural

Declaración del trabajador: Certifico que las respuestas dadas por mí en el examen médico están completas, son verídicas y permitieron la elaboración del presente certificado médico; otorgué mi consentimiento libre e informado para la realización de las evaluaciones médicas y pruebas complementarias por solicitud de la empresa empleadora arriba mencionada y me comprometo a seguir las recomendaciones dadas por el profesional. Estoy informado que el Doctor YORDY EDUARDO ULLOA RODRIGUEZ tendrá en custodia mi Historia Clínica Ocupacional, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 2 de la Resolución 1918 de 2009. Autorizo al Doctor YORDY EDUARDO ULLOA RODRIGUEZ para que suministre la información requerida para el buen cumplimiento del programa de vigilancia epidemiológica de medicina del trabajo, consignada en el concepto médico y en el diagnóstico de salud (artículos 8,9 y 16 de la resolución 2346 de 2007).

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Angélica María Méndez Carmona	NOMBRE DEL MÉDICO: YORDY EDUARDO ULLOA RODRÍGUEZ
IDENTIFICACIÓN: 52487.872	FIRMA: Yordy Eduardo Ulloa R. Médico Cirujano Universidad del Valle RM 11910
FIRMA: [firma]	REGISTRO MEDICO: 11.910 SSB. LICENCIA SALUD OCUPACIONAL: 2877 SSC

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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:	29/05/18	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter 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 Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Méndez	Caimona	Angélica	María		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52482872	Bogota	1995/06/02

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1976-12-06	Bogota	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☒ UNION LIBRE ☐	1	1	3115871122

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐ TECNOLOGO ☑	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	CUAL:	Medico Veterinario

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cr 112 A 142 37 Apto 301	Bogota	Cundinamarca	Colombia	3115871122

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
angelicammendez@gmail.com		PROPIA ☒	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐			

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA..... ☐		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	7500	
		NO ☒	ICA	SI ☒	NO ☐	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐	NO ☒		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒

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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred Centro Oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	UD ☒	# NIT	900 959 051-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 34 S 43	3444484	Bogota	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Medico Veterinario		**FECHA VINCULACION**	2016-09-11

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	1000.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	85.000.000
HONORARIOS	2800.000 $ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	2 800.000
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	1250.000	PROPIEDADES	130.000.000 $ 0	DEUDAS TERCEROS	8.000.000
OTROS INGRESOS*	1.000.000	OTROS EGRESOS*	300.000 $ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	3.800.000	TOTAL EGRESOS	2.650.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	95 800.000

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

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Caimona	Cardona	Ines	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cr 97 A 75 48	Bogota / Cundinamarca	Madre	4731470

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Bancolombia	Cuenta de Ahorros	25078066298	Modelia	3430000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ **CUAL:**

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD 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.):

Medico Veterinario

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion 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 utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon 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 prestacón 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 prestacion 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas 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 exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion 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 celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion 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 haran 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 Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde 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 onsecuencia, 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.

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha	**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la verificación:		
5. Observaciones:		
6. Firma y cédula:		

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA identificado(a) con CC 52487872 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**13/11/2010**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CLINICA EL LAGO**
Categoría:	**A**

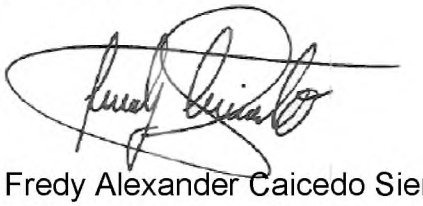
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 29 días del mes de mayo del año 2018 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

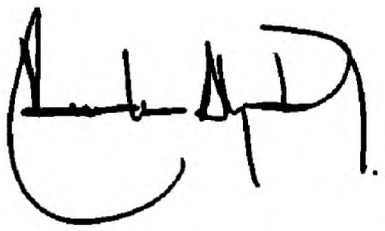
EPS FAMISANAR S.A.S.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,487,872**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 29 días del mes de Mayo de 2018.



Gerente de Clientes

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

52487872	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

Angélica	María	Méndez	Carmona
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

6/12/1976	Bogota	cr 112 A 142 37 ap 301	4977142
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

famisanar	pórvenir	2800000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Medico Veterinario	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

angelicammendez@gmail.com	3115871122
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

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

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 110340998

WEB
20:59:57

Bogotá DC, 28 de mayo del 2018

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) ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52487872:

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 GONZÁLEZ
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 CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 28 de mayo de 2018, a las 20:58:03, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52487872
Código de Verificación	52487872180528205803

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.

NESTOR FABIAN CASTILLO PULIDO

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2257094

Bogotá D.C., 28 de Mayo de 2018 - 21:08 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) **ANGÉLICA MARÍA MÉNDEZ CARMONA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS** de BOGOTÁ, D.C.

52487872

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.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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: 5_S9BWS_0821
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 20:54:19 horas del 28/05/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52487872**
Apellidos y Nombres: **MENDEZ CARMONA ANGELICA MARIA**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Carrera 27 N° 18 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Referencia Bancaria

Miércoles, 11 de Mayo de 2016

Señores
ESE. HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ANGELICA MARIA MENDEZ CARMONA identificado(a) con CC 52487872, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	25028066298	2006/08/28	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Carolina Giraldo G.

Carolina Giraldo Giraldo
Gerente Estrategia Canal Telefónico

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento de Crédito

le estamos poniendo el alma

Bancolombia

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico.
En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosinvalidos@bancolombia.com