

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.076.658.518

FRESNEDA DIAZ

APELLIDOS

PAOLA ANDREA

NOMBRES


FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-NOV-1992

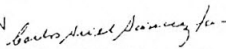
CARMEN DE CARUPA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

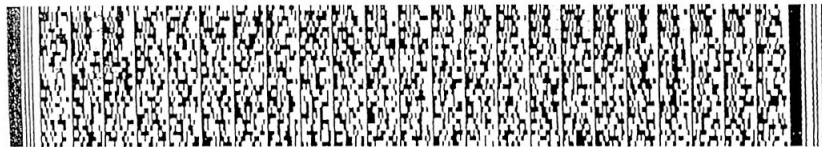
1.71
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

22-DIC-2010 UBATE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

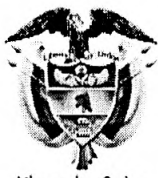

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1530400-00282936-F-1076658518-20110303

0026006338A 1

36065921



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 <u>Fresneda</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Diaz</u>	NOMBRES <u>Paola Andrea</u>	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1076658518</u>	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NÚMERO _____ D.M. _____			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>15</u> MES <u>11</u> AÑO <u>1992</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Carmen de Carupa</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Kr 35 Bis 1C 91</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Cundinamarca</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u> TELÉFONO <u>3212860421</u> EMAIL <u>paola.fresneda.diaz@gmail.com</u>	

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: <u>Bachiller Técnico Agroindustrial</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	FECHA DE GRADO MES <u>11</u> AÑO <u>2009</u>

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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
<u>TC</u>	<u>3</u>		<u>X</u>	<u>Técnico en Asistencia Administrativa</u>			

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
<u>Inglés</u>	<u>X</u>				<u>X</u>			<u>X</u>	

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 Sudred integrada de servicios de salud	PÚBLICA x	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3134187274	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 06 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Digitadora	DEPENDENCIA Espacio Vivienda	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Cooperacion entretegiendo Colombia	PÚBLICA	PRIVADA x	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Zipaquirá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3112680150	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 02 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 10 MES 02 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO Asistente Administrativa	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN Kr 4 12 63	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Banco de Bogotá	PÚBLICA	PRIVADA x	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3138126962	FECHA DE INGRESO DÍA 04 MES 11 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DÍA 02 MES 02 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO Cajera	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN El Virrey Norte	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Caja de compensacion Colsubsidio	PÚBLICA	PRIVADA x	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 7447575	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 05 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 09 MES 10 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO Cajera	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN Mazuren Norte	

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)

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
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Marcapasos SAS	PÚBLICA	PRIVADA x	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 4148345	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO Asistente Aeropuerto	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN Aeropuerto Dorado	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD SuperFres	PÚBLICA	PRIVADA x	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3114502821	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO Cajero Administradora	DEPENDENCIA Comercial	DIRECCIÓN San Sulpicio	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

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	1	4
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	6	1

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 Bogotá D.C 16-10-2018

Paola Fresneda
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



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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA				
III. DE BIENES Y RENTAS				
Yo, <u>Paolo Andreo Fresneda Diaz</u>				
IDENTIFICADO CON: C.C.X. C.E. T.I. N° <u>1076658518</u>		CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:		
País <u>Colombia</u>	Departamento <u>Cundinamarca</u>	Municipio <u>Bogotá</u>		
Dirección <u>Kr 35 Bis 1C - 91</u>		Teléfono <u>3212860421</u>		
Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:				
NOMBRES Y APELLIDOS		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO	
<u>Deicy Rubielá Díaz Ortiz</u>		<u>204214517</u>	<u>Mamá</u>	
<u>Javier Livardo Fresneda Robayo</u>		<u>79165326</u>	<u>Papá</u>	
DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3º 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 LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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				
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS				
GASTOS DE REPRESENTACION				
ARRIENDOS				
HONORARIOS		<u>8400.000</u>		
OTROS INGRESOS Y RENTAS				
TOTAL		<u>\$ 8.400.000</u>		
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
<u>Davi vienda</u>	<u>Ahorros</u>	<u>455200141980</u>	<u>Chapinero</u>	<u>0</u>
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:				
TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR		

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE INGRESOS Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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 DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
	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 ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Paola Fresneda

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá D.C. 16-10-2018

CIUDAD Y FECHA

PAOLA ANDREA FRESNEDA DIAZ
3212860421


La República de Colombia
y en su nombre la
**Institución Educativa Departamental
Carmen de Carupa**
Carmen de Carupa - Cundinamarca

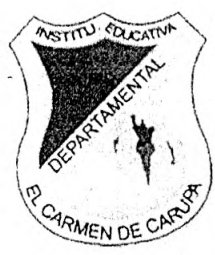
Aprobado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca,
según Resolución No. 005568 del 3 de Diciembre de 2003.

Confiere a:

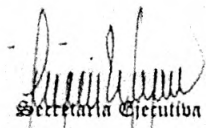
Paola Andrea Fresneda Díaz
Identificado (a) con T.I. No. 92111525996 de Bogotá

El Título de
Bachiller Técnico Agroindustrial
Con especialidad en Procesamiento de Alimentos

Por Haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al Nivel de Educación Media Vocacional (Artículo 28 Ley
115 de 1994); según los planes y programas vigentes.



Rector


Secretaria Ejecutiva

Libro de registro No. 1 Folio No. 67 Abta 29

Dado en Carmen de Carupa Cundinamarca, a los 4... Días del mes de Diciembre... De 2009

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decreto No. 021 del 6 de Mayo de 1994.
Expedido por el Ministerio de Educación Nacional, y 2150 del 5 de diciembre de 1995
de la Presidencia de la República

ColombiaBogotá

PAOLA ANDREA FRESNEDA DIAZ

Móvil: (57) 3212860421

e-mail: paitofresnedadiaz@hotmail.com

PAOLA ANDREA FRESNEDA DIAZ
3212860421



DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
MUNICIPIO CARMEN DE CARUPA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL CARMEN DE CARUPA
REGISTRO DANE No. 133154000248 REGISTRO ICPE: 030130
APROBADO POR RESOLUCIÓN No. 003368 DEL 3 DE DICIEMBRE DE 2003
REGISTRO S.E.C. FOLIO 82 ACTA No. 187 DEL 2 DE MAYO DE 2007
NTT: 8605324020
Cra. 3 No. 1-34 Teléfax: 0918554117

Acta Individual de Grado

En el municipio de Carmen de Carupa (Cund), a los cuatro (04) día del mes de Diciembre del año 2009, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria Ejecutiva en la Rectoría de la Institución Educativa Departamental Carmen de Carupa.

Institución aprobada hasta nueva visita en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad TÉCNICO AGROINDUSTRIAL CON ÉNFASIS EN PROCESAMIENTO DE ALIMENTOS, según Resolución No. 005568 del tres (03) de Diciembre de 2003.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER TÉCNICO AGROINDUSTRIAL CON ÉNFASIS EN PROCESAMIENTO DE ALIMENTOS al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

Paola Andrea Fresneda Díaz

Identificado (a) con TARJETA DE IDENTIDAD No. 92111525996 de BOGOTÁ

Es fiel copia tomada del Acta original General No. 29 de fecha diciembre 04 de 2009, que consta de 64 Alumnos, que comienza con el nombre de Alarcón Alarcón Brayan Hafith y se cierra con el nombre de Torres Guzmán Johanna Carolina.

Firmada y sellada por Edgar Servando Cuevas Gámez (Rector) y Lucy Yanira Rocha Suspe (Secretaria Ejecutiva).

Dada en Carmen de Carupa, Cundinamarca a los cuatro días del mes de diciembre de 2009.

Firmado y Sellado

Rector
c. e. No. 313.910 de Lenguañaque

Secretaria Ejecutiva
c. e. No. 39.741.887 del Ullatú

En testimonio de lo cual se firmó por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7 del Decreto 140 de 1953. No se requiere registro de la Secretaría de Educación según Decreto 521 del 6 de mayo de 1994 y No. 3130 del 3 de diciembre de 1993, de la Presidencia de la República.

ColombiaBogotá

PAOLA ANDREA FRESNEDA DIAZ

Móvil: (57) 3212860421

e-mail: paitofresnedadiaz@hotmail.com

19 de mayo de 2017

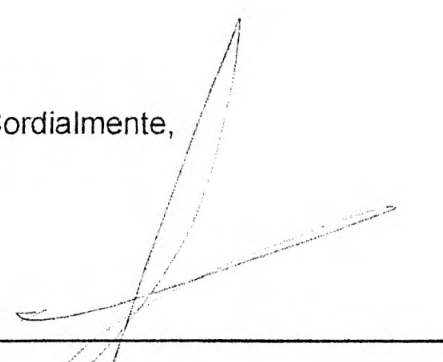
CERTIFICACION LABORAL

Yo **FREDY ALEXANDER**, certifico que la señora **PAOLA ANDREA FRESNEDA DIAZ** identificada con cedula de ciudadanía **N.1.076.658.518** de Bogotá, laboro en la **COORPORACION ENTRETEJIENDO COMUNIDAD POR COLOMBIA** identificada con Nit. **900807960-1** desde el 10 de febrero del 2016 hasta 10 de febrero del 2017, con un contrato a término fijo devengando un salario \$ 900.000 ^{M/} mensuales, demostrando ser una persona responsable y cumplidora de sus labores.

Entretejiendo Comunidad
por
Colombia
corporación / nit 900807960-1

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el 19 de mayo de 2017

Cordialmente,



FREDY ALEXANDER
GERENTE
CEL: 311 268 01 50

ACTIVOS S.A.

001050000943282

LIQUIDACION DE PRESTACIONES SOCIALES

RADICACION: 232710

FECHA: 23-MAR-16



LUGAR EN MISION: REVAL S.A.S. - RECAUDOS DE VALORES S.A.S. SUCURSAL: REVAL SAS

Pag No. 1 de 1

1076658518 FRESNEDA DIAZ PAOLA ANDREA

CONTRATO: 943282 ADMINISTRA: BOGOTA CENTRO COSTO 1840010446-BBTA PARQUEVIRR
FECHA INGRESO: 09-NOV-15 FECHA RETIRO: 02-FEB-16 SUJETO ACT.: TRAB. NACIONAL
CIUDAD: SANTA FE DE BOGOTA FORMA DE PAGO: Cta No. 455200141980 de DAVIVIENDA CARGO: CAJERO RECAUDAL
BCO GIRADOR: BANCO EFECTIVO Cheque No. 378928 PAGO: SUELDO DURACION: OBRA O LABOR
SUELDO ACTUAL: 2016/01/01 \$ 571,200.00 SUELDO ANT 2015/11/09 \$ 535,000.00 TELEFONOS: 3115788524,32133 NORMATIVI: CON LEY 50

CESANTIA

Acumulado del Presente año

P1 (PROM. HORAS EXTRAS + SUELDO + TRANSPORTE)

Desde: 01-JAN-16 Hasta: 02-FEB-16

648,900 * 32
360 = 57,680

DIAS: Lic. NO remun:0

Concepto	Cant	Devengado
1620 DEVOLUCION E.P.S	.04	1,523
1610 DEVOLUCION A.F.P	.04	1,523
1402 PAGO INCAPACIDAD REM	1	19,040
812 INT. CESANTIA AÑO ANTI	1	1,525
720 DEVOLUCION APOORTE FI	1	40,000
315 AUX. TRANSPORTE	32	82,880
127 AJUSTE AL 100% POR INI	1	3,941
1 SUELDO ORDINARIO	192	609,280
5620 APOORTE E.P.S	.08 -	23,006
5610 APOORTE A.F.P	.08 -	23,006
5524 MR VR PAGO AUX.TRANS	1 -	2,590
5523 MR VR PAGO EN INCAPA	6 -	19,040
5370 DCTO. OTRAS DEDUCCIC	0 -	265,368
5312 DCTO. POR INASISTENCI	24 -	76,160
5174 DCTO. AUXILIO TRANSPC	4 -	10,360
5630 APOORTE FONDO	2 -	40,000
5020 DCTO. AFILIACION FOND	1 -	7,500

TV 0 TP: 0 TNP:0 TNP: 0

PRIMA SERVICIOS

Acumulado Ultimo semestre

P1 (PROM. HORAS EXTRAS + SUELDO + TRANSPORTE)

Desde: 01-JAN-16 Hasta: 02-FEB-16

648,900 * 32
360 = 57,680

DIAS: Lic. NO remun:0

Concepto	Cant	Devengado
1620 DEVOLUCION E.P.S	.04	1,523
1610 DEVOLUCION A.F.P	.04	1,523
1402 PAGO INCAPACIDAD REM	1	19,040
812 INT. CESANTIA AÑO ANTI	1	1,525
720 DEVOLUCION APOORTE FI	1	40,000
315 AUX. TRANSPORTE	32	82,880
127 AJUSTE AL 100% POR INI	1	3,941
1 SUELDO ORDINARIO	192	609,280
5620 APOORTE E.P.S	.08 -	23,006
5610 APOORTE A.F.P	.08 -	23,006
5524 MR VR PAGO AUX.TRANS	1 -	2,590
5523 MR VR PAGO EN INCAPA	6 -	19,040
5370 DCTO. OTRAS DEDUCCIC	0 -	265,368
5312 DCTO. POR INASISTENCI	24 -	76,160
5174 DCTO. AUXILIO TRANSPC	4 -	10,360
5630 APOORTE FONDO	2 -	40,000
5020 DCTO. AFILIACION FOND	1 -	7,500

TV 0 TP: 0 TNP:0 TNP: 0

VACACIONES

Acumulado Ultimo año

P1 (PROM. HORAS EXTRAS + SUELDO)

Desde: ***** Hasta: 02-FEB-16

571,200 * 3.5
30 = 66,640

DIAS: Lic. NO remun:0 Trabajados: 84
Vacac: 3.5 Distruts: 0 A pagar: 3.5

Concepto	Cant	Devengado
1 SUELDO ORDINARIO	504	1,536,613
127 AJUSTE AL 100% POR INI	1	3,941
1620 DEVOLUCION E.P.S	.04	1,523
1610 DEVOLUCION A.F.P	.04	1,523
1402 PAGO INCAPACIDAD REM	1	19,040
911 PRIMA SERVICIOS	52	87,967
812 INT. CESANTIA AÑO ANTI	1	1,525
720 DEVOLUCION APOORTE FI	1	40,000
315 AUX. TRANSPORTE	84	211,147
5020 DCTO. AFILIACION FOND	1 -	7,500
5620 APOORTE E.P.S	.2 -	60,099
5610 APOORTE A.F.P	.2 -	60,099
5524 MR VR PAGO AUX.TRANS	1 -	2,590
5630 APOORTE FONDO	2 -	40,000
5370 DCTO. OTRAS DEDUCCIC	0 -	265,368
5312 DCTO. POR INASISTENCI	24 -	76,160
5174 DCTO. AUXILIO TRANSPC	4 -	10,360
5523 MR VR PAGO EN INCAPA	6 -	19,040

TV 0 TP: 0 TNP:0 TNP: 0

Concepto	Cant	Devengado	Deducido
1 SUELDO ORDINARIO	12	38,080	
315 AUX. TRANSPORTE	2	5,180	
720 DEVOLUCION APOORTE FONDO	1	40,000	
800 CESANTIA	32	57,680	
801 CESANTIA AÑO ANTERIOR	1	87,967	
810 INT. CESANTIA	32	615	
910 PRIMA SERVICIOS	32	57,680	
1000 VACACIONES	3.5	66,640	
1610 DEVOLUCION A.F.P	.04	1,523	
1620 DEVOLUCION E.P.S	.04	1,523	
5174 DCTO. AUXILIO TRANSPORTE	4		10,360
5312 DCTO. POR INASISTENCIA	24		76,160
5370 DCTO. OTRAS DEDUCCIONES	0		265,368
Total Neto a pagar:	5,000	356,888	351,888

Fecha Fondo de Cesantias Valor

EN LA FECHA Y LUGAR, RECIBO LA LIQUIDACION Y POR TANTO DECLARO A LA EMPRESA A PAZ Y SALVO POR TODO CONCEPTO DE PRESTACIONES SOCIALES

ENTREGO CARNE: SI __ NO __

NOTA:

APATINO
2016/03/29 10:01

NOMBRE: _____
CÉDULA: _____
FIRMA: _____

HUELLA

Bogotá D.C, 23 de octubre de 2015

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

“COLSUBSIDIO”
NIT. 860007336-1

HACE CONSTAR:

Que la señora PAOLA ANDREA FRESNEDA DIAZ identificada con cedula de ciudadanía No. 1076658518, prestó sus servicios a la Corporación desde el 18 de mayo de 2013, con contrato a término Indefinido hasta el 09 de octubre de 2015, desempeñando el cargo de Cajero Vendedor en el Supermercado Mazuren.

Atentamente,



LUIS JAVIER GOMEZ VASQUEZ

Jefe Sección Contratación y Nomina
Tel. 7447575 Opción 2

ASB



Protección Social



Salud



Supermercados



Vivienda



Turismo



Crédito



Recreación



Droguerías



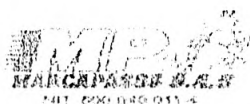
Cultura



Educación



Alimentos y bebidas



FORMATO

MPG-F00

VERSIÓN: Original

EVALUACIÓN DE PASANTÍA EMPRESARIAL

FECHA: 07-11-2012

INFORMACIÓN DEL PASANTE

NOMBRE ESTUDIANTE	PAOLA ANDREA FRESNEDA DIAZ	C.C.	1072558518	Ubale
PROGRAMA	AUXILIAR DE SERVICIO A BORDO			
CARGO OCUPADO	ASISTENTE AEROPUERTOS			
FECHA DE INICIO	17 DE JULIO DE 2012	FECHA CULMINACION	22 DE OCTBRE DE 2012	

INFORMACIÓN EMPRESA

EMPRESA	MARCAPASOS SAS	CIUDAD	BOGOTA
DIRECCION	AEROPUERTO EL DORADO B-10	TELEFONO	4148345
NOMBRE JEFE INMEDIATO	LUIS EVELIO HERANDEZ RODRIGUEZ	CARGO	GERENTE
EMAL	operaciones@marcapasos.co		

Funciones del cargo u objetivos de la pasantía	Características que requiere para el cargo
	Personales
Brindar asistencia a pasajeros con capacidad disminuida	Conectividad cognitiva, verbal y psicológica con el cliente
Brindar acompañamiento a clientes con capacidad disminuida	Lealtad.
	Conocimiento
	Servicio al cliente.
	Manejo de pasajeros con capacidad disminuida
	Técnica
	Gestiónes aeroportuarias
	Logística aeroportuaria
El estudiante recibió inducción de la empresa? SI ☒ NO ☐	El estudiante recibió inducción del cargo o proyecto? SI ☒ NO ☐

Indique si las siguientes características personales se encuentran presentes en el PASANTE en apropiado proceso de formación, o se manifiestan como una debilidad o fortaleza de su perfil. Señale S/I, si no tiene información

Características Personales	Debilidad/ Fortaleza	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente	S/I	Características Personales	Debilidad/ Fortaleza	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente	S/I
Dominio de si mismo			x				Relaciones interpersonales			x			
Visión de futuro			x				Humildad Intelectual			x			
Disciplina			x				Equilibrio emocional			x			
Responsabilidad				x			receptividad			x			
Integridad			x				Iniciativa			x			
Sentido Crítico						S/I	Madurez			x			
Compromiso con el trabajo				x			Sentido de pertenencia			x			
Empeño por hacer el Trabajo bien			x				Adaptabilidad			x			
Deseo de superación			x				Actitud de servicio			x			
Dinamismo				x			Recursividad			x			

IV. FORMACIÓN COGNOSCITIVA SABER SABER

La formación cognoscitiva del pasante según su concepto es:

ASPECTOS	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente	S/N	ASPECTOS	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente	S/N
Formación Teórica		x				Habilidad investigativa					S/N
Formación práctica		x				Cap. conceptualización					S/N
Formación Humanística		x				Capacidad de análisis					S/N
Formación social y política					S/N	Capacidad de síntesis		x			S/N
Formación Tecnología de la Información		x				Cap. juicio y raciocinio		x			S/N
Visión de la organización					N/R	Habilidad creativa					S/N
Expresión oral			x			Otra:					
Expresión escrita			x			Otra:					

V. FORMACIÓN TÉCNICA LABORAL SABER HACER

La formación técnica laboral del practicante según su concepto es:

Señale la opción no requerida N/R cuando el trabajo desarrollado por el pasante no exija demostrar la formación en el aspecto que se está valorando. C. c = Cap. = Capacidad

ASPECTOS	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente	N/R	ASPECTOS	Excelente	Bueno	Regular	Deficiente	N/R
Capacidad para liderar procesos					N/R	C. ejecutar el trabajo		x			
Cap. toma decisión asertivas y oportunas					N/R	C. evaluar el trabajo					N/R
Capacidad de trabajo en equipo		x				C. administrar el Trab		x			
Capacidad para detectar oportunidades					N/R	C. solución problemas		x			
Capacidad para superar dificultades		x				Sentido práctico		x			
Capacidad para trabajar por proyectos					N/R	Otra:					
Capacidad para planear el trabajo		x				Otra:					
Capacidad para organizar el trabajo		x				Otra:					

EFICIENCIA Entendiendo por eficiencia como una aplicación de esfuerzo, conocimiento, habilidades, destrezas, y experiencia en la ejecución de las tareas y actividades que la empresa puso bajo la responsabilidad del estudiante. Marque con una X la que considere pertinente:

EFICACIA Entendiendo por eficacia como el acierto en la obtención de los resultados que se esperaban del trabajo del estudiante. Marque con una X la que considere pertinente:

___ Muy eficiente ___ Eficiente ___ Aceptable: x ___ Ineficiente ___ Muy eficaz ___ Eficaz Aceptable: x ___ Ineficaz

Indique al menos tres aspectos destacables del estudiante que estuvo a su cargo

Indique al menos tres aspectos destacables del estudiante que estuvo a su cargo.

Capacidad de subordinación.

Trabajo en equipo.

La evaluación que le realizó al estudiante, traducida en una nota de 1 a 5 es DE: **NOTA** 3.5

Sus comentarios u observaciones adicionales sobre el estudiante, el programa de pasantía, la formación que brinda la Escuela son muy importantes para el proceso de mejoramiento en cual estamos empujados.

Interrumpe su pasantía en varias ocasiones por salud.

LUIS EVELIO HERNANDEZ RODRIGUEZ
Nombre y firma del evaluador

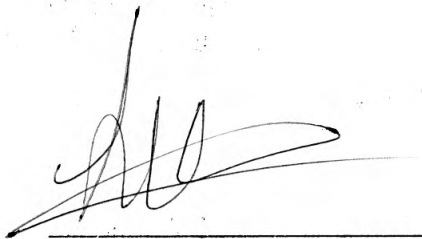
Firma del estudiante con código

Bogotá 03 de Noviembre de 2015

CERTIFICADO LABORAL

Por medio de la presente certifico que el señora **Paola Andrea Fresneda Díaz**, identificad con la cedula de ciudadanía N° 1076658518 expedida en Ubaté (Cundinamarca), laboro en esta empresa desde el día 01 de Enero del año 2008 hasta el día 01 de Enero del 2010 con retiro voluntario, desempeñándose en el cargo de Cajera Administradora, en nuestra sede de la Ciudad de Bogotá, con una asignación mensual de \$ 650.000, como salario básico.

Atentamente.



JAVIER LIBARDO FRESNEDA ROBAYO

C.C. 79.165.326

Cel. 3114502821

 DIAN <small>Dirección de Ingresos y Aduanas Nacionales</small>	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal	 <small>Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado</small>	001
2. Concepto ☐ 0 ☒ 1 Inscripción Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario 14415690638	
		 (415)7707212489984(8020) 000001441569063 8	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 7 6 6 5 8 5 1 8 -		6. DV 5	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá
		14. Buzón electrónico ☒ 3 ☐ 2	
IDENTIFICACION			
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida ☒ 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía ☒ 1 ☐ 3	
26. Número de identificación: 1 0 7 6 6 5 8 5 1 8		27. Fecha expedición: 2 0 1 0 1 2 2 2	
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País: 1 6 9	
29. Departamento: Cundinamarca		30. Ciudad/Municipio: Villa de San Diego de Ubate	
31. Primer apellido FRESNEDA		32. Segundo apellido DIAZ	
33. Primer nombre PAOLA		34. Otros nombres ANDREA	
35. Razón social:			
36. Nombre comercial:			
UBICACION			
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C.	
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		0 0 1	
41. Dirección principal CR 102 83 60 AP 416 TO 2			
42. Correo electrónico: paitofresnedadiaz@hotmail.com		43. Código postal 3 2 1 2 8 6 0 4 2 1	
44. Teléfono 1:			
45. Teléfono 2:			
CLASIFICACION			
Actividad económica		Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria	
46. Código: 8 2 9 9	47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 7 0 5 1 9	48. Código: 	49. Fecha inicio actividad:
50. Código: 1 2		51. Código: 	
52. Número establecimientos: 			
Responsabilidades, Calidades y Atributos			
53. Código: 1 2			
12- Ventas régimen simplificado			
Obligados aduaneros		Exportadores	
54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20		55. Forma ☐	
		56. Tipo ☐	
		57. Modo ☐	
		58. CPC ☐	
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación			
Para uso exclusivo de la DIAN			
59. Anexos: SI ☒ NO ☐		60. No. de Folios: 1	
61. Fecha: 2 0 1 7 0 5 1 9			
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 GARCIA VARELA RUTH NANCY 985. Cargo: Gestor II	



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 19-05-2017
Hora: 10:34:14 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1076658518-5 PAOLA ANDREA FRESNEDA DIAZ

Información

Dirección KR 102 83 60 AP 416 TO 2

Teléfonos 3212860421

Dirección PAITOFRESNEDADIAZ@HOTMAIL.

Fax

Información de

Fecha Inscripción 19/05/2017

Soporte Inscripción 23237227

Fecha Inicio Actividades 19/05/2017

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio



Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

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



DATOS PACIENTE

Nombres:	PAOLA ANDREA FRESNEDA DIAZ		
Tipo de Documento:	CC	Documento	1076658518
Sexo	F	F. Nacimiento:	15/11/1992
		Edad:	24 Años
Entidad:	PARTICULAR/NORTE	Cargo:	DIGITADORA
Centro de Costo:	N/A		
Fecha y Hora entrega resultados:	23/05/2017 11.39 AM		

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado el Examen Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	VISIOMETRIA
--------------------------------------	-------------

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): JAIME ARTURO PORRAS **RM:** 14377/2015

(Firma y sello del Médico Evaluador)
Jaime Arturo Porras
Médico Ocupacional
C.C. 14377/2015

Firma y sello del Médico Evaluador

(Firma del trabajador Evaluado)
Paola Fresneda

PAOLA ANDREA FRESNEDA DIAZ
C.C. 1076658518
Firma del trabajador Evaluado

* BOGOTA SEDE PRINCIPAL
Calle 19 No. 3-50 Edificio Barichara
Tel.: (+1) 281 4505 – 285 5893 – 285 5382

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal, 35) No. 42 Sur,
Villamayor Tel.: (+1) 458 5819 – 203 9694

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19-08
Tels.: (+1) 282 6429 – 342 4034

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-32
Tels.: (+1) 447 0068 – 447 1401 – 414 6387

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-96
Tels.: (+1) 4146397 – 260 84

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 83-29
Tels.: 805 1875 – 510 57 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 83-49
Tels.: (+1) 257 9325 – 256 2362

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A – 25 Edificio Bussines Center
Interior 141 – Oficina 408

BUCARAMANGA
Calle 55 No 31 - 113, Barrio Antiguo Campestre,
Tels: (+7) 697 37 34 - 301 737 26 37

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 – 74 Barrio Barzal Alto
Tel.: (+8) 674 0916 – 674 0915

CARTAGENA DE INDIAS
Avenida Pedro de Heredia, Sector Lo Amador,
Calle 32 No 208 - 21 Piso 2 Tels: (+5) 644 69 71

SEDE BARRANQUILLA
Carrera 51B No. 94 - 334 Oficina 504 Centro Medico Vital



BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trader Center Tel.: (+2) 240 4734 – 240 2055

MEDELLIN
Carrera 60 No. 44 B-91 Barrio la America
Tels.: (+4) 412 1145 – 416 7011

CALI
Calle 18 Norte No. 4 N – 47 Barrio Versalles
Tel.: (+2) 380 9956 – 382 7337

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.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.



MINSALUD



GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Paola Andrea

Apellidos:

Fresnela Diaz

Documento

de identidad:

C.C. *XI.I.*

Pasaporte

No.

1076658578

Fecha de

Nacimiento:

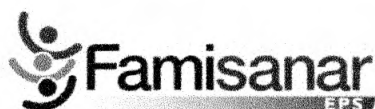
Día. *15*

Mes. *11*

Año. *1992*

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

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	<i>17-07-18</i>	<i>R3844</i>	<i>N. F. A. DIAZ</i> <i>C.C. 1076658578</i> <i>Mix. Examinada</i>
Otras				



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) PAOLA ANDREA FRESNEDA DIAZ identificado(a) con CC 1076658518 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 07/06/2017

Estado de la Afiliación: SUSPENDIDO

IPS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO CALLE 26

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 17 días del mes de octubre 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.

Medellín, 17 de octubre de 2018

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.**

CERTIFICA:

Que PAOLA ANDREA FRESNEDA DIAZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1076658518 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 02/06/2017

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE SUB RED SUR N900958564 ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436% CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - ASISTENCIAL CLASE: 3 PORCENTAJE: 2,436% ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA ACTIVIDAD ECONÓMICA: 1751301 - EMPRESAS DEDICADAS A LA REGULACION DE LAS ACTIVIDADES DE ORGANISMOS QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD, EDUCATIVOS, CULTURALES Y OTROS SERVICIOS SOCIALES, EXCEPTO SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL CODIGO DE ACTIVIDAD: 1751301 CLASE DE RIESGO: 1 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 0,522%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10766585181829042404

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

17/10/2018 11.46 AM

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **FRESNEDA DIAZ PAOLA ANDREA** identificado(a) con CC número **1.076.658.518** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 28 de abril de 2013 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de octubre de 2018.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute

Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

201810171144

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C. _____

Señores:

Institucion Educativa Deptal Carmen de Carupa

Por medio de la presente, yo Paola Andrea Fresneda Diaz, identificado con número de documento 1076658518 vbate, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Cordialmente,

Nombre: Paola Fresneda

No. Documento: 1076658518

Teléfono: 3212860421

Bogotá, _____ de 2018

Doctora
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS
Gerente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
Ciudad

ASUNTO: PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Respetada Doctora:

Comedidamente me permito presentarle la siguiente propuesta, con el fin de someterla a su consideración, teniendo en cuenta la necesidad que le asiste a la Entidad, de vincular mediante la modalidad de contratación de prestación de servicios como Digitador, bajo la modalidad de Actividades y/o Productos, sometidos a la supervisión de la actividad final.

Declaro que cumpliré los requisitos exigidos por la Subred Sur E.S.E y las disposiciones legales, pues considero que reúno las condiciones y requisitos necesarios para satisfacer los requerimientos de la Entidad, y para acreditarlos, anexo documentos respectivos.

Presento la propuesta como persona natural con disponibilidad de tiempo de Completo. Y bajo la gravedad del juramento manifiesto que no me encuentro incurso en el régimen de inhabilidades e incompatibilidades para contratar señalados en la Constitución y la ley. De igual manera, acepto las condiciones exigidas por la Subred Sur E.S.E y manifiesto conocer y aceptar la naturaleza del contrato de prestación de servicios en caso de concretarse la contratación.

DIRECCION: Kr 35 Bis 9C-71
TELEFONOS: 321286421
CORREO ELECTRONICO: paitofresnedadiaz@hotmail.com

Atentamente,

NOMBRE Paola Fresneda
C.C. No. 1096658518 Vbato.