REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.022.355.930
TRIANA CASTAÑEDA
APELLIDOS
TRIANA ANDREA
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 25-FEB-1989
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.57 | A+ | F |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

27-FEB-2007 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00507516-F-1022355930-20131113 0035709136A 1 1182610592

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 |
|---|---|---|
| TRIANA | CASTAÑEDA | LILIANA ANDREA |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C ● C.E ○ PAS ○ No. 1022355930

SEXO: F ● M ○

NACIONALIDAD: COL. ● EXTRANJERO ○ PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 25 MES 02 AÑO 1989

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: BOGOTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 25 # 06-09-ESTE

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SOACHA

TELÉFONO: 7817753 / EMAIL: lilimedisc@

## 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: BACHILLER |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | MES 03 AÑO 2006 |
| | | | | X | | | | X | X | |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | 3 | X | | T. ADMINISTRATIVO EN SALUD | 03 | 2017 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|
| SUB RED INTEGRADA SERVICIOS DE SALUD SUR | X | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CUNDINAMARCA | BOGOTA | CONTACTENOS@SUBRED SUR.GOV.CO |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 4852540 - 4853551 | DÍA 05 MES 10 AÑO 2017 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUX. ADMINISTRATIVO | FACTURACIÓN | TRAN 44 # 5 1B - 16 SUR |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| HOSPITAL INFANTIL DE SAN JOSE | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CUNDINAMARCA | BOGOTA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 4377540 | DÍA 07 MES 10 AÑO 2013 | DÍA 16 MES 12 AÑO 2015 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUX. ADMINISTRATIVO | FACTURACIÓN | CRA 54 # 67 A 18 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CUNDINAMARCA | BOGOTA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 06 MES 07 AÑO 2012 | DÍA 11 MES 07 AÑO 2013 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| PRACTICA EMPRESARIAL | FACTURACIÓN | |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| | | | |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| | | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| 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* | | 03 |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 3 | |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | | |

## 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* BOGOTA, 19-12-2017

*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*

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

ENTIDAD RECEPTORA

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, LILIANA ANDREA TRIANA CASTAÑEDA

IDENTIFICADO CON: C.C. C.E. T.I. N° 1.022.355.930 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

| País | COLOMBIA | Departamento | CUNDINAMARCA | Municipio | SOACHA |
|---|---|---|---|---|---|
| Dirección | CALLE 25 H 06-09 ESTE | | | Teléfonos | 7817753 |

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| LILIANA TRIANA | 51.959.605 | MAMA |
| LAURA VALENTINA REYES TRIANA | 1.013.106.822 | HIJA |
| KENNETH DANIEL LOPEZ TRIANA | 1.026.590.666 | HIJO |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, **PARA TOMAR POSESION** **PARA RETIRARME** **PARA ACTUALIZACION** X **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 | - |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | - |
| **TOTAL** | $ - |

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 |
|---|---|---|---|---|
| DAVIVIENDA | AHORROS | 4870486166 | OFICINA TUNAL | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

EMPLEADOR O CONTRATANTE

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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 C.C. C.E. T.I. | N° |
|---|---|---|
| | | |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTA 19-12-2017
CIUDAD Y FECHA

DAFP-CAP

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| | FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT | PM-GRI-FT-05 |

Fecha de Diligenciamiento Día 19 Mes 12 Año 2017

Clase de Vinculación Proveedor [ ] Colaborador [X] EAPB [ ] Otro [ ]

## PERSONA NATURAL

Nombre Completo: LILIANA ANDREA TRIANA CASTAÑEDA

CC [X] CE [ ] TI [ ] Otro [ ] N° [ ]

Fecha Nacimiento Día 25 Mes 02 Año 1989 Lugar Nacimiento BOGOTA

Profesión, Ocupación u Oficio [ ] Fecha Expedición Documento [ ]

Dirección Residencia CALLE 25# 06-09 ESTE Teléfono (s) 781-77-53

Ingresos Mensuales 4'506.213 Egresos Mensuales [ ]

Otros Ingresos diferentes a la relación contractual SI [ ] NO [X] Otros Ingresos Mensuales lilimedicd@holm.

Concepto Otros Ingresos [ ]

Estado Civil SOLTERA Correo Electrónico [ ]

Marque con una (x), según corresponda, por su Perfil, Cargo o Profesión:

¿Maneja Recursos Públicos? SI [X] NO [ ] ¿Tiene Reconocimiento Público? SI [ ] NO [X]

¿Ejerce algún grado de Poder Público? SI [ ] NO [X] ¿Es familiar de una persona publicamente expuesta? SI [ ] NO [X]

## PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social [ ] Nit [ ] DV [ ]

Tipo de Empresa Pública [ ] Privada [ ] Mixta [ ] Sector de la Economía [ ] CIIU [ ]

Fecha de constitución en Cámara de Comercio AAAA-MM-DD E-mail [ ]

Oficina Principal Dirección [ ] Ciudad [ ]

Teléfono (s) [ ] Tiene Sucursales SI [ ] NO [ ]

Representante Legal Nombre Completo [ ]

CC [ ] CE [ ] TI [ ] Otro [ ] N° [ ]

Representante Legal Dirección [ ] Teléfono [ ]

Identificación de Accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, Aporte o Participación.

| Tipo ID | | Número ID | Nombre Completo | ¿Por su actividad o cargo goza de Reconocimiento Público, Poder Público y/o Recursos Públicos ? Marque **SI** o **NO** y especifique. |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera? SI [ ] NO [X] Cuál [ ]

¿Poseé productos Financieros en el Exterior? SI [ ] NO [X] Cuál [ ]

| Producto | | Número Producto | Moneda | Monto | Entidad | País | Ciudad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Todos los espacios de este formulario deben quedar diligenciados, por lo tanto en aquellos que no tenga información por favor escriba N.A. ( No aplica).

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**

**FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT**

## DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.
3. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a la Financiación del Terrorismo.
4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico o corrupcion.
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

**Origen de Ingresos:** PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA EN LA SUB RED SUR ESE

## CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para prevenir y controlar el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular.

3. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. podrá terminar unilateralmente e inmediatamente el vinculo contractual, cuando el proveedor, colaborador, EAPB u otro, llegaren a:

* Estar vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, financiación del terrorismo, terrorismo, lavado de activos, testaferrato y/o tráfico de estupefacientes.
* Ser Incluídos en listas vinculantes de acuerdo con lo estipulado en la Manual SARLAFT.
* Ser condenado por parte de las autoridades competentes por cualquiera de los delitos fuente del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo descritos en el Código Penal Colombiano.

4. Autorizo ser consultado en listas y/o bases de datos que permitan prevenir el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

## FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes,

firmo el presente documento a los 19 días del mes de 12 del año 2017, en la ciudad de BOGOTA.



**HUELLA**

**FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL**

## ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LA SUBRED SUR - INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre Completo de quien verifica | JORGE HERNAN ROJAS G. | | Cargo | RECEPCIONISTE FACTURA | |
| Fecha de Verificación | 20-12-17 DD MM AAAA | Hora | | Firma | |
| Observaciones | | | | | |

Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.
Secretaría de Educación

# Institución Educativa Distrital
# INEM Francisco de Paula Santander

Creada según Decreto No. 1962 de noviembre de 1969 y renovada su aprobación según Resoluciones Nos. 04374 del 27 de noviembre de 1989 y 936 del 29 de abril de 1993 e integrada en aplicación de las normas derivadas de la Ley 115, 715 y demás decretos reglamentarios e integrado como Institución Educativa según Resolución 2377 del 14 de agosto de 2002 de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Confiere a:

# Liliana Andrea Triana Castañeda

Identificada con T.I No. 890225-62593 de Bogotá D.C.

El Título de

# Bachiller

en el Área Promoción Social: Modalidad Ciencias de la Salud

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media según el artículo 11, numeral 2 del Decreto 1860 de 1994

FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
INEM

Rosa Delia Gómez Garzón.
Rectora

Secretaria

Anotado al Folio No. 372 del Libro Único de Registro de Diplomas

Dado en Bogotá, D.C., a 17 de MARZO de 2006.

No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Premier

Acta Individual de Grado

Institución Educativa Distrital
INEM "Francisco de Paula Santander"
Calle 38 C sur No. 82A-08

Inscripción DANE: 111001024732 ICFES: 23374 Inscripción Secretaría de Educación: 1842

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 17 días del mes de MARZO del año 2006, en desarrollo de las normatividades vigentes y en particular el Decreto 230 de 2003, se reunieron las Comisiones de Promoción de los grados 11° de la jornada de la tarde y entregaron a la rectora el acta correspondiente que contiene el listado de promovidos de la

**Institución Educativa Distrital**
**INEM "Francisco de Paula Santander"**

Creada según Decreto Nacional No. 1962 de noviembre de 1969 y Renovada su aprobación según Resoluciones Nos. 04374 del 27 de noviembre de 1989 y 936 del 29 de abril de 1993 e integrado en aplicación de las normas derivadas de la Ley 115, 715 y demás decretos reglamentarios e integrado como Institución Educativa según Resolución No. 2377 del 14 de agosto de 2002 de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

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

# Bachiller

## en el Área Promoción Social: Modalidad Ciencias de la Salud

al graduando cuyos nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

# Liliana Andrea Triana Castañeda

Identificada con T.I No. 890225-62593 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta General No. 166 de fecha 17 de MARZO de 2006, en lo pertinente, firmada y sellada por ROSA DELIA GÓMEZ GARZÓN (Rectora) y SONIA PATRICIA LUGO CALLEJAS (Secretaria)

No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, del M.E.N.

Firmada y sellada

*RECONOCIMIENTO*

# MEDISED

Sistema de Gestión con
Certificado de Calidad
ISO 9001 Versión 2008
Bureau Veritas
Certification BVQI

## Institución de Educación Para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Acuerdo No 0465 del 29 de Diciembre del 2.009 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud Autorización Oficial según Resolución No. 09-118 del 19 de Diciembre de 2016 de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.
Certificación Sistema de Gestión de Calidad No. CO16.00689 en la Norma ISO 9001:2008 del 27 de Abril de 2016, BVQI
Certificación de Calidad No. CO240210 en la NTC 5555:2011 del 15 de Julio de 2014, BVQI
Certificación de Calidad NTC 5663: 2011 Programas de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano en las Áreas Auxiliares de la Salud
No. CP 5752-2017 del 30 de Enero de 2017, BVQI
Resolución Reconocimiento SENA 3473 del 16 de Noviembre de 2006.

# ACTA DE CERTIFICACION

En la ciudad de Bogotá a los 18 días del mes de marzo de 2017, la estudiante **TRIANA CASTAÑEDA LILIANA ANDREA** con cédula de ciudadanía No.1.022.355.930 de Bogotá D.C, cursó y culminó satisfactoriamente el Programa de

## TECNICO ADMINISTRATIVO EN SALUD

Le confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias como **TECNICO LABORAL EN ADMINISTRATIVO EN SALUD** con una intensidad horaria de 1692 horas

**DIRECTORA**

**COORDINADORA ACADEMICA**

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 103117126

WEB
11:43:10


Bogotá DC, 19 de diciembre del 2017

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) LILIANA ANDREA TRIANA CASTAÑEDA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1022355930:

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).

**.OTA:** 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 martes 19 de diciembre de 2017, a las 11:44:54, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 1022355930 |
| Código de Verificación | 1022355930171219114454 |

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: WEB

Síguenos en >

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
**POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA**



**Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales**

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 19/12/2017 a las 11:45:40 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 1022355930 y Nombres: TRIANA CASTAÑEDA LILIANA ANDREA

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

Volver al Inicio

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
Presidencia de la República
Ministerio de Defensa
Gobierno en Línea
Portal Único de Contratación

Todos los derechos reservados 2011.

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

RUT
Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14432090061

(415)7707212489984(8020) 000001443209006 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 2 2 3 5 5 9 3 0 | 1 | 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 | 1 0 2 2 3 5 5 9 3 0 | 2 0 0 7 0 2 2 7 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| TRIANA | CASTAÑEDA | LILIANA | ANDREA |

Razón social:

| 36. Nombre comercial: | 37. Sigla: |
|---|---|
| | |

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Soacha 7 5 4 |

41. Dirección principal
CL 25 H 6 09 ESTE

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| lilimedised@hotmail.ocm | | 7 8 1 7 7 5 3 | 3 0 1 2 7 5 6 3 9 5 |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 9 | 2 0 1 7 0 9 1 8 | | | | | | |

### 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Obtención NIT

### 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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2 0 1 7 0 9 1 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 ZAMBRANO MONTERO YISELLA
985. Cargo: Analista II

DOCUMENTO SIN COSTO
CERTIFICADO
COPIA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS**
**REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**



**CONTRIBUYENTE** NIT 1022355930-1 LILIANA ANDREA TRIANA CASTAÑEDA

**Información General**

*Dirección* CL 25H 6 09 ESTE

*Teléfonos* 7817753-3012756395

*Dirección electrónica* lilimedised@hotmail.com

*Fax*

**Información de Registro**

*Fecha Inscripción* 27/09/2017

*Soporte Inscripción* 23365190

*Fecha Inicio Actividades* 18/09/2017

*Fecha Cese Actividades*

*Fecha de Informe del Cese*

*# Establecimientos:* 0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Jurídica* PERSONA NATURAL

*Régimen Tributario* REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

*Fecha Inicio Financiera:*

Código de Verificación de Información: 17002528766

***Fuente ICA TE TOCA***

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

medimás EPS

# Certificado de Afiliación

La Señora LILIANA ANDREA TRIANA CASTAÑEDA , Identificada con Cédula Ciudadanía 1.022.355.930, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

## Información del Afiliado:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | LILIANA ANDREA TRIANA CASTAÑEDA | | |
| Número de identificación: | 1022355930 | Tipo Identificación: | Cédula Ciudadanía |
| Fecha afiliación (dd/mm/aaaa): | 01/08/2017 | Fecha de retiro: | |
| Estado actual: | VIGENTES | Razón de estado: | Al día - empleador pago al día |
| Tipo de Afiliado: | COTIZANTE | Nombre de Régimen | CONTRIBUTIVO |
| Dirección actual de residencia: | DIAG 28 3A-53 s | Municipio residencia: | Bogotá D.C. |
| Teléfono actual de residencia: | 7817753 | Depto. Residencia: | SANTAFE DE BOGOTA DC |

| Documento Aportante | Razón Social | Fecha Inicio | Fecha Fin |
|---|---|---|---|
| 1022355930 | LILIANA ANDREA TRIANA CASTAÑEDA | 05/10/2017 | |

## Información de los beneficiarios:

| Tipo de Afiliado | Identificación | TD | Nombre | Fecha afiliación | Estado | Fecha retiro | Parentesco |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.**

Se firma y expide en Bogotá a los 19 días del mes de Diciembre de 2017, a solicitud del Interesado.

**INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION**

**SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55**

CORDIALMENTE

**Jairo Enrique Lancheros**

**Gerente de Operaciones**

Elaboro:

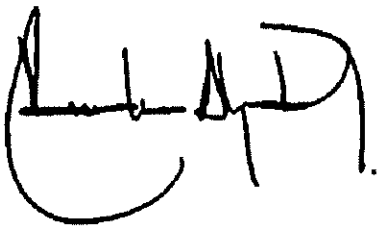
porvenir
sólo hay uno

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

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **LILIANA ANDREA TRIANA CASTAÑEDA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,022,355,930**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Diciembre de 2017.



Gerente de Clientes

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

Bogotá D.C 19-12-2017

Señores: INEM FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
MEDISED

Por medio de la presente, yo LILIANA ANDREA TEJANA C., identificado con número de documento 1022355930, 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: LILIANA ANDREA TEJANA CASTAÑEDA

No. Documento: 1022355930

Teléfono: 3012756395