

ANEXO ÚNICO
COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Que libre, y voluntariamente, de manera unilateral, a nombre propio, asumo el presente COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERA: Que el MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - EJÉRCITO NACIONAL / DIRECCIÓN DE SANIDAD adelanta la contratación directa cuyo objeto es prestar mis servicios profesionales como **MEDICA GENERAL**, para apoyar al Área de CONSULTA EXTERNA Y CONSULTA PRIORITARIA

SEGUNDA: Que es propósito Apoyar la Gestión de la Institución en lo que hace referencia a todas las obligaciones específicas definidas en el contrato de prestación de servicios profesionales N° _____

TERCERA: Que siendo de mi interés efectuar la contratación directa enunciada en el considerando primero precedente, me encuentro dispuesto a asumir con la debida confidencialidad de la ejecución propia de los procesos y proyectos así como de la ejecución de las actividades; en tal sentido suscribo el presente documento de confidencialidad, por el cual se garantiza la absoluta reserva, en la medida que la información técnica, económica y jurídica, puesta a disposición contiene datos referidos a bienes y/o servicios destinados a la defensa y seguridad nacional.

CUARTA: Que por lo tanto asumo libre y espontáneamente este compromiso, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA: COMPROMISOS ASUMIDOS POR EL CONTRATISTA: Mediante la suscripción del presente documento, asumo los siguientes compromisos:

- 1.1. EL CONTRATISTA no duplicará total o parcialmente la documentación recibida, a efectos de trasladarla a terceros que puedan tener interés en la información de los procesos y proyectos así como de la ejecución de las actividades de los mismos, en la información técnica, económica y jurídica.
- 1.2. EL CONTRATISTA se compromete a no permitir que en su nombre, alguien, bien sea empleado del mismo, o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor incurra en lo señalado anteriormente.
- 1.3. EL CONTRATISTA, se compromete formalmente a cumplir en todo momento las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso y la relación contractual y se imponen las siguientes obligaciones:
 - a) No revelar información propia del objeto de la presente contratación
 - b) No permitir que terceros obtengan información sobre los procesos y/o proyectos, las finalidades y sus componentes técnicos, económicos y jurídicos
 - c) No obrar a través de terceros o sugerir que terceros hagan lo propio en su nombre
 - d) No publicar información alguna, por medios de comunicación electrónica o correos electrónicos que permita a terceros acceder a la información
- 1.4. EL CONTRATISTA se compromete formalmente a no efectuar acuerdos de naturaleza alguna con terceros que manifiesten interés en el asunto.

CLÁUSULA SEGUNDA: CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO. EL CONTRATISTA asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias que el Ministerio considere procedente imponer, entre ellas, la presentación pública de su conducta transgresora, igualmente si el Ministerio demuestra que con su actuación se vulneran los derechos, podrá ejercer las acciones civiles, penales y administrativas que le permitan restablecer su situación, previa indemnización del daño causado.

CLÁUSULA TERCERA: Declara Igualmente EL CONTRATISTA que toda la información que se produzca en la ejecución del contrato, será confidencial y/o reservada.

En constancia de lo anterior y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de Bogotá, Enero de 2022


DIANA MARITZA CHIRIV AMAYA
CC. N°33368096



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Chirri	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Araya	NOMBRES Diana Maritza	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 33368098	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐	PAÍS COLOMBIA
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐	NÚMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 04 MES 02 AÑO 1983 PAÍS COLOMBIA DEPTO BOYACA MUNICIPIO SIACHOQUE	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 48 A # 3-84/86 CASA 1 LAS QUINTAS PAÍS COLOMBIA DEPTO BOYACA MUNICIPIO TUNJA TELÉFONO 3125953986 EMAIL dr.dianachirri@hotmail.com		

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA														
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)														
EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO		BÁSICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO		
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	1999

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)								
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO 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
PREGRADO	12	SI	NO	MEDICINA		MES	AÑO	
		X				05	2009	1379/2012

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS				
MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACIÓN
				MES AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BASPC 01 TUNJA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO BOYACA		MUNICIPIO TUNJA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
		Día 15 Mes 01 Año 2021				Día 31 Mes 12 Año 2021			
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA Y PRIORITARIA				DIRECCIÓN kilometro 1 vía toca tunja boyaca			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 5041 TUNJA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO BOYACA		MUNICIPIO TUNJA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 7448805		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
		Día 17 Mes 01 Año 2020				Día 31 Mes 12 Año 2020			
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA Y PRIORITARIA				DIRECCIÓN kilometro 1 vía toca			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 5041 TUNJA				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS 7448800		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
		Día 15 Mes 01 Año 2019				Día 31 Mes 12 Año 2019			
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA SALUD				DIRECCIÓN KILOMETRO 1 VIA TOCA			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR									
EMPRESA O ENTIDAD ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 5041 TUNJA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA	
DEPARTAMENTO BOYACA		MUNICIPIO TUNJA				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
		Día 15 Mes 01 Año 2018				Día 31 Mes 12 Año 2018			
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA		DEPENDENCIA				DIRECCIÓN kilometro 1 VIA TOCA BARRIO EL DORADO			

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL ESM 5041				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO TUNJA			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	21	Mes	07	Año	2017	Día	31	Mes	12	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA						DIRECCIÓN k1 vía toca					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO TUNJA			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	18	Mes	01	Año	2017	Día	19	Mes	07	Año	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD						DIRECCIÓN KILOMETRO 1 VIA TOCA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESM 5041 TUNJA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO TUNJA			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 7449808			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	04	Año	2018	Día	31	Mes	08	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD						DIRECCIÓN KILOMETRO 1 VIA TOCA BARRIO DORADO					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 5041 -BAS01				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO TUNJA			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	15	Mes	01	Año	2018	Día	31	Mes	03	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD						DIRECCIÓN kilometro 1 vía toca					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO TUNJA			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 7449808			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	13	Mes	01	Año	2018	Día	31	Mes	12	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD						DIRECCIÓN KM 1 VIA TOCA					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD MILITAR				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO TUNJA			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 7449806			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	15	Mes	01	Año	2014	Día	31	Mes	12	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD						DIRECCIÓN KM 1 VIA TOCA					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD PUNTO VIDA IPS				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO TUNJA			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 7448411			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	06	Año	2013	Día	15	Mes	06	Año	2014
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA SALUD						DIRECCIÓN CALE 23 N° 8-39					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD DIRECCION DE SANIDAD MILITAR				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO TUNJA			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS 7449806			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	14	Mes	01	Año	2013	Día	31	Mes	12	Año	2013
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA CONSULTA EXTERNA Y PRIORITARIA						DIRECCIÓN km 1 vía Toca					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR														
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE SOATA				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA						
DEPARTAMENTO BOYACA			MUNICIPIO SOATA			CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD								
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día	01	Mes	06	Año	2011	Día	31	Mes	06	Año	2012
CARGO O CONTRATO ACTUAL CONTRATISTA			DEPENDENCIA URGENCIAS						DIRECCIÓN soata boyaca					

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE														
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS						
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO			CORREO ELECTRÓNICO								
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
			Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:	
ÁREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO						DIRECCIÓN					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

5

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	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	8	4
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	10	4

6

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 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento

22 ENERO 2022 TUNSA - BOYACA

DIANA M. CHIGUI AMAGA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

7

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

LÍNEA GRATUITA DE ATENCIÓN AL CLIENTE No. 01000017779 PÁGINA WEB: www.funsiopublica.gov.co



TODOS POR UN
NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO UNICO
ACCIÓN 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, DIANA MARITZA CHIRIVÍ AMAYA
IDENTIFICADO CON: CC X C.E. T.I. N° 33368096 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN TUNSA
País COLOMBIA Departamento BOYACÁ Municipio TUNSA
Dirección CALLE 48A N° 3-64 B QUINTAS Teléfonos 3125953966

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
<u>JULIOVIDAL CHIRIVÍ MORANO</u>	<u>6758728</u>	<u>PAPA</u>
<u>BEATRIZ AMAYA FIOREZ</u>	<u>24069741</u>	<u>MAMA</u>

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 PARA PARA PARA
POSESION CONSIGNADOS RETIRARME ACTUALIZACION
PREVIAMENTE PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS, 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	<u>44 204 160</u>
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	<u>\$ 44 204 160</u>

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE CUENTA	LA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
<u>DAVIVIENDA</u>	<u>AHORROS</u>	<u>176370012757</u>		<u>TUNSA</u>	<u>200.000</u>
<u>BANCO BOGOTÁ</u>	<u>CORRIENTE</u>	<u>459918612322</u>		<u>TUNSA</u>	<u>100.000</u>

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
<u>VEHICULO</u>	<u>CHEVY QQ</u>	<u>\$ 500.000</u>

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
<u>VEHICULO</u>		<u>\$ 500.000</u>

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°
CARLOS ALBERTO ALVAREZ G.	C.C. ☒ C.E. T.I.	7478459

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	
<u>DINA E. CHIRIO HABA</u> FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	<u>PUUSA BOGOTA 14/10/21</u> CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

22/12/2021

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **DIANA MARITZA CHIRIVI AMAYA** con **Cédula de Ciudadanía** número **33368096**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	0570176370012757
Fecha de apertura	17/11/2009

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

33368096

NUMERO

CHIRIVI AMAYA

APELLIDOS

DIANA MARITZA

NOMBRES

DIANA MARITZA CHIRIVI

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-FEB-1983

SIACHOQUE
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

ESTATURA

O+

G.S. RH

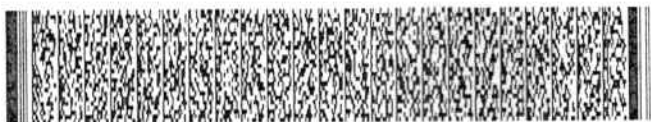
F

SEXO

13-MAR-2001 TUNJA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-0700100-33091891-F-0033368096-20010614

04000 01164A 02 107450512



LIBERTAD Y ORDEN

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACION UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Registro No.
15 1379/2012

Profesión u Ocupación
MÉDICO

Nombres y Apellidos
CHIRIVI AMAYA DIANA MARITZA

C.C. o C.E.
CC 33368096

Institución de Educación
UNIBOYACA

Código **73712/11**

De
TUNJA

Ciudad
TUNJA

Fecha de Expedición **27/08/2012**



COLEGIO
DE BOYACÁ

ALCALDÍA MAYOR DE TUNJA
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN MUNICIPAL
TUNJA

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

Inscripción del Colegio S.E.D. 466
Inscripción del DANE: 115001-000057
Código ICFES: 004754

En la ciudad de Tunja, a los tres (3) días del mes de diciembre de mil novecientos noventa y nueve (1999), se reunieron con el fin de formalizar la Graduación de los alumnos de último grado (aprobados), el Rector y el Sub-Director Académico, en la sala de sesiones de la Rectoría del Colegio de Boyacá de Tunja, Institución aprobada mediante Resolución No 5054 del 27 de noviembre de 1998, que en su artículo segundo dice: Autorizar al Colegio de Boyacá por los años de 1998, 1999 y 2000 para otorgar el título de "Bachiller Académico" y Bachiller Académico con profundización en Artes "Educación Musical" de la Sección Diurna a los estudiantes que hayan culminado satisfactoriamente el nivel de Educación Media de acuerdo a lo establecido en la Ley 115 y el Decreto 1860 de 1994.

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 título de **"BACHILLER ACADEMICO"** al graduando cuyos apellidos, nombres y Documento de Identidad se relaciona a continuación.

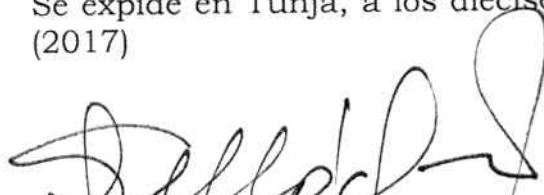
CHIRIVÍ AMAYA DIANA MARITZA

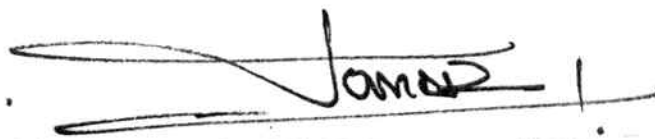
Documento de Identidad No 830204-50919 de Tunja - Boyacá

Es fiel copia tomada del Acta General de Graduación No. 075 del tres (3) de diciembre de mil novecientos noventa y nueve (1999), que consta de 317 alumnos graduandos, comienza con el nombre de **ACERO FONSECA MARIA FERNANDA** y termina con el de **WILCHES MORENO HUGO ALEXÁNDER**.

Firmado y sellado por **HILDEBRANDO SUESCÚN DÁVILA** como Rector y **JUAN DE J. APONTE TORRES** como Sub-Director Académico, en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7° del Decreto 180 de 1981.

Se expide en Tunja, a los dieciséis (16) días de mes enero de dos mil diecisiete (2017)


LIBIA STELLA VARGAS DE MONROY
C.C. 23.272.709 de Tunja


JOSÉ MIGUEL ARCOS LÓPEZ
C.C. 6.758.855 de Tunja



Constancia por Pérdida de Documentos



Constancia por Pérdida de Documentos y/o Elementos

La Policía Nacional de Colombia Certifica que el día 5 mes 11 año 2019, a las 11:04 a. m. El(La) señor(a) DIANA MARITZA CHIRIVI AMAYA identificado(a) con Cedula de ciudadanía No. 33368096 , reportó el extravío del(los) documento(s) o elemento(s) relacionado(s) a continuación:

Tipo	Número	Descripción
Otro / Other	004754	DIPLOMA DE BACHILLER ACADEMICO COLEGIO DE BOYACA

La presente constancia se puede verificar en http://webp.policia.gov.co/Constancia/publico/Buscador_Constancia.aspx , mediante el número de consecutivo 3336809628813363.

La presente certificación no constituye documento de identificación y solamente constituye la certificación del reporte realizado por el usuario. La entidad encargada de expedir el duplicado del documento o elemento reportado como extraviado puede verificar el reporte en cualquier momento.

Imprimir constancia

DESCARGAR AHORA



REPÚBLICA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD DE BOYACÁ

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 6553 DE 1981
RESOLUCIÓN No. 2910 DE 16 DE SEPTIEMBRE DE 2004

En nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional

TENIENDO EN CUENTA QUE

Diana Maritza Chiriví Amaya

C.C. No. 33.368.096 EXPEDIDA EN TUNJA - Boyacá

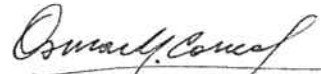
CURSÓ TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS
POR LA UNIVERSIDAD Y POR LAS NORMAS LEGALES LE CONFIERE EL TÍTULO UNIVERSITARIO DE:

MÉDICA CIRUJANA

EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

DADO EN TUNJA A LOS 26 DEL MES DE JUNIO DE 2009


PRESIDENTE CONSEJO DIRECTIVO

UNIBOYACA
LIBRO DE REGISTRO No. 13
FOLIO No. 3800
REGISTRO No. 7560
DIPLOMA No. 8266


SECRETARIO GENERAL

10992


DECANO FACULTAD


RECTOR





Universidad de Boyacá
PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 6553 DE 1981
RESOLUCIÓN No. 2910 del 16 de Septiembre de 2004
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 8266

En la ciudad de TUNJA el día 26 del mes de JUNIO de 2009
se llevó a cabo el acto de graduación presidido por EL SEÑOR PRESIDENTE Y LA SEÑORA RECTORA
en el cual la UNIVERSIDAD DE BOYACÁ, autorizada para el efecto según ACUERDO
No. 014 del día 09 del mes de NOVIEMBRE DE 1993 del Instituto
Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), y previo juramento reglamentario, confirió el
título de:

MÉDICA CIRUJANA

a: DIANA MARITZA CHIRIVÍ AMAYA

identificado (a) con C.C. No. 33.368.096 de TUNJA quien cumplió con
los requisitos académicos con las exigencias establecidas en los Reglamentos de la Institución y con las
normas legales y le otorgó el Diploma No. 8266 que lo acredita como PROFESIONAL
para lo cual presentó el trabajo de grado titulado:

calificado como ----- en fe de lo anterior se firma la presente acta en la ciudad de
TUNJA a los 26 días del mes de JUNIO de 2009

por quienes en esta graduación intervinieron.

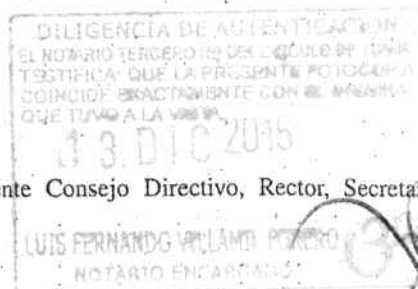
Libro de Registro No. 13

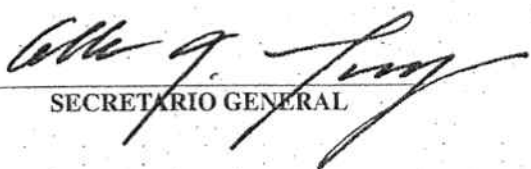
Folio No. 3800

Registro No. 7560

(El original de la presente Acta, se encuentra firmado por el Presidente Consejo Directivo, Rector, Secretario
General y Decano de la Facultad).

Es fiel copia tomada del original.




SECRETARIO GENERAL

CONFIDENCIAL



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
BATALLÓN ASPC No.1 "CACIQUE TUNDAMA"
ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BAS01

No. 2000 / MDN-CGFM-COEJC-SECEJ-JEMOP-DIV02-BR01-BASPC01-ESM-DIR-29
Tunja, 17 de noviembre de 2021

Señor Teniente Coronel
JAYSON ARMANDO PARRA ROJAS
Comandante Batallón de A.S.P.C N°. 1 "Cacique Tundama"
Tunja.

Asunto: **Entrega estudios de seguridad**

Respetuosamente, envío al señor Teniente Coronel Comandante Batallón A.S.P.C N. 1 "Cacique Tundama", estudios de seguridad para el trámite del concepto, necesario dentro del proceso de contratación de los prestadores de servicios de salud, de este ESM vigencia 2022.

No.	APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO
1	GARCIA CÁCERES ANA LUCIA DEL PILAR	40.045.371
2	NIÑO MORANTES MONICA YESENIA	40.046.635
3	GOMEZ ARAQUE JOSE OSWALDO	4.253.335
4	CHIRIVI AMAYA DIANA MARITZA	33.368.096
5	NIÑO PINZON JAIME ALBERTO	91.106.105
6	AARON MOVILLA ELKIN ENRIQUE	77.187.408
7	SILVA RODRIGUEZ MARÍA ALEJANDRA	1.049.638.000
8	BEDOYA CANO SANDRA MILENA	42.997.439
9	PEDRAZA PINEDA CINDY TATIANA	1.011.511.938
10	CRUZ CASTAÑEDA DIANA CAROLINA	30.024.920
11	CARANTON CORREDOR LILIANA	1.117.812.002
12	RIVERA CLAVIJO MAYERLY	1.066.095.724
13	BARRERA VILLAMIL MONICA MILENA	37.723.856
14	BRICEÑO RODRÍGUEZ KENIA	63.537.445
15	RAMOS NARANJO KATHERINE JULIETH	1.049.641.682
16	FERNANDEZ GARCÍA LAURA NATALY	1.024.551.895
17	MESA SIERRA MARIA ISABEL	1.056.802.493
18	BOYACÁ VEGA LEIDY TATIANA	1.049.657.539
19	VERDUGO HURTADO LUZ DARY	1.058.275.000
20	VELASQUEZ MONROY YESICA NATALIA	1.049.644.657

Cordialmente,

Mayor **BEATRIZ ADRIANA FUENTES YAÑEZ**
Director Establecimiento de Sanidad Militar BAS 01

Amo 8.
Elaboró: T ASD SONIA CUERVO ARIAS
Talento Humano

*Recibido
Auxiliar S-2
24/07/2021
SIP Cobides Montañez
Jairo A.*





**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**

[INICIO](#)[CONTÁCTENOS](#)[PREGUNTAS FRECUENTES](#)

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:44:02 PM horas del 23/01/2022, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **33368096**

Apellidos y Nombres: **CHIRIVI AMAYA DIANA MARITZA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Dirección: Calle 18A # 69F-45
Zona Industrial, barrio
Montevideo. Bogotá D.C.
Atención administrativa: lunes
a viernes 7:00 am a 1:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al
ciudadano: 5159700 ext.
30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910
112
E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación

Todos los derechos reservados.



Gobierno en
Línea



Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 23/01/2022 12:43:23 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N°. **33368096** y Nombre: **DIANA MARITZA CHIRIVI AMAYA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **29402962** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando <https://www.policia.gov.co>, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Búsqueda

Imprimir

Información

5159000

Policia Nacional de Colombia
Dirección General - Cra. 59 No. 26 - 21
Centro Administrativo Nacional (CAN) Bogotá D.C.
Línea de atención: 018000-910112



www.policia.gov.co



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 188298926



WEB

12:43:04.

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 23 de enero del 2022

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) DIANA MARITZA CHIRIVI AMAYA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 33368096:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :

ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

División Centro de Atención al Público (CAP)
Línea gratuita 018000910315; dcap@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL ,
INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

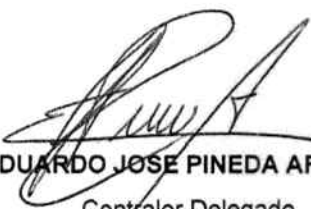
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 23 de enero de 2022, a las 12:42:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	33368096
Código de Verificación	33368096220123124222

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.



EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado

Digitó y Revisó: WEB

Consulte su estado RUT.
REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO.

Por favor suministre los siguientes datos

NIT	33368096			DV	7
Primer Apellido	CHIRIVI	Segundo Apellido	AMAYA		
Primer Nombre	DIANA	Otros Nombres	MARITZA		
Fecha Actual	14-10-2021 08:34:54				
Estado	REGISTRO ACTIVO				
Registro Activo: Corresponde a los NIT que se encuentran vigentes en la base de datos de la DIAN.					

 Buscar

 Limpiar



[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 9:28:16

DIANA CHIRIVI



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Eschtorio → Configuraciones de Perfil

Id de página: 14005862 Ayuda ?

Editar

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Información del usuario

Género Femenino

Cargo MEDICA GENERAL

Título Dr(a)

Nombre completo DIANA MARITZA CHIRIVI AMAYA

Nombre y apellido DIANA MARITZA CHIRIVI AMAYA

Código del empleado

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de

documento 33368096

Fecha de emisión 13/03/2001 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

Expedido por TUNJA

Fecha de expiración

Dirección KRA 1 G # 41 B 19

Código postal

Estado

Municipio TUNJA

País COLOMBIA

Correo electrónico dr.dianachiri@hotmail.com

Teléfono

Celular 3125953966

Número de fax



Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito

Idioma Español (Colombia)

Configuración regional Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad ¿Cuál es su número de teléfono?

Respuesta 3125953966

Celular 3125953966

Editar

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha de Corte: 2021-10-08

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 33368096	DIANA	MARITZA	CHIRIVI	AMAYA	F

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2021-10-08

Administradora	Régimen	Fecha Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
E.P.S. SANITAS	Contributivo	01/03/2019	Activo	COTIZANTE	TUNJA

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2021-10-08

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR SA	2010-01-02	Inactivo

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2021-10-08

Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Actividad Económica	Municipio Labora
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	2021-01-17	Activa	EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL	Bogotá, D.C. - BOGOTÁ

EL CONTENIDO DE ESTE INFORME ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE LAS ADMINISTRADORAS QUE REPORTAN LA INFORMACIÓN AL MINISTERIO CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER REPORTADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (+57-1) 330 5000, Fax: (+57-1) 330 5050.

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

RIESGOS PROFESIONALES COLMENA SA
COMPANIA DE SEGUROS DE VIDA

2016-04-02 Activa

EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS
INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD,
CON INTERNACION INCLUYE HOSPITALES GENERALES,
CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON AYUDAS
DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE
SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS
(EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA),
HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE
SALUD MENTAL

Boyacá- TUNJA

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

No se han reportado afiliaciones para esta persona

Fecha de Corte: 2021-10-08

AFILIACIÓN A CESANTIAS

No se han reportado afiliaciones para esta persona

Fecha de Corte: 2021-08-31

PENSIONADOS

No se han reportado pensiones para esta persona.

Fecha de Corte: 2021-10-08

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

No se han reportado vinculaciones para esta persona.

Fecha de Corte: 2021-08-31

EL CONTENIDO DE ESTE INFORME ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE LAS ADMINISTRADORAS QUE REPORTAN LA INFORMACIÓN AL MINISTERIO CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER REPORTADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Afiliaciones de una Persona en el Sistema

EL CONTENIDO DE ESTE INFORME ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE LAS ADMINISTRADORAS QUE REPORTAN LA INFORMACIÓN AL MINISTERIO CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER REPORTADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.
Dirección: Cra. 13 # 32 - 76, Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.



CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 33368096
NOMBRES Y APELLIDOS	Chirivi Amaya,Diana Maritza
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/03/2019
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Chirivi Amaya,Diana Maritza, a los 14 días del mes de octubre del año 2021.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación



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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8.

CERTIFICA QUE:

DIANA MARITZA CHIRIVI AMAYA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **33.368.096**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Octubre del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

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



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
GRUPO DE TALENTO HUMANO

Formato Acta de compromiso acatamiento normas de bioseguridad
DIGSA

Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-91 V1

Proceso: Administración del Talento Humano – Sistema de Gestión
de Seguridad y Salud en el Trabajo

Fecha: 14/01/22 Acta No. 0020

ESM: BASPC # 1

Sección: CONSULTA EXTERNA - CONSULTA PRIORITARIA

Tipo Vinculación: ORDEN PRESTACION SERVICIOS

Cargo: MEDICA GENERAL

Yo: DIANA CHIRIVÍ A. Identificado(a) con C.C. 33368096 de TUNSA me comprometo a dar cumplimiento a las normas de Bioseguridad en el desarrollo de las actividades propias de mi trabajo, utilizando los elementos de protección personal (EPP), e informar y/o reportar todo accidente de trabajo por riesgo biológico que se pueda presentar, dentro del tiempo establecido por la normatividad legal vigente.

NORMAS DE BIOSEGURIDAD:

- Todas las personas que laboran en el área deben conocer los riesgos a los cuales se encuentran expuestos y reportar o informar oportunamente sobre cualquier condición insegura.
- Todos los trabajadores que participen en un procedimiento invasor deben evitar el contacto de su piel o mucosas con la sangre o líquidos corporales del paciente mediante Elementos de Protección Personal como: guantes, mascarillas, protectores oculares o faciales, batas entre otros.
- Durante todo procedimiento se debe observar estricto cuidado en la técnica del mismo y evitar la entrega a ciegas de instrumentos corto punzante, tales como hojas de bisturí y agujas.
- Se deben conservar siempre las precauciones universales, las cuales se presentan en el Antes y después de cada procedimiento con pacientes se deberá realizar el lavado de manos.
- No deben consumirse bebidas o comidas con los guantes puestos, ni en áreas de trabajo.
- Al observar un acto inseguro por parte de un compañero debe realizársele la observación directa con el fin que estos actos sean corregidos.
- **Nunca se debe reenfundar una aguja para desecharla, se deben utilizar los recipientes para corto punzantes o guardianes; en caso de requerirse colocarle la funda al elemento corto punzantes se deberá utilizar la técnica de UNA SOLA MANO.**
- No guardar alimentos en las neveras ni en los equipos de refrigeración de sustancias contaminantes o químicos.
- Abstenerse de tocar con las manos enguantadas alguna parte de su cuerpo y de manipular objetos diferentes a los requeridos durante el procedimiento
- Utilizar la mascarilla y protectores oculares durante procedimientos que puedan generar salpicaduras o gotitas, aerosoles de sangre u otros líquidos corporales.
- Usar delantal en aquellos procedimientos en que se esperen salpicaduras, aerosoles o derrames importantes de sangre u otros líquidos orgánicos.
- No deambular con los elementos de protección personal fuera de su área de trabajo.
- Mantener lugar seguro y de fácil acceso.
- Si presenta alguna herida, por pequeña que sea debe estar cubierta.

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de este formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, rémplacelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- **No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.**
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
GRUPO DE TALENTO HUMANO

Formato Acta de compromiso acatamiento normas de bioseguridad
DIGSA

Código: MDN-COGFM-PROATH-DIGSA-FU.95.1-91 V1

Proceso: Administración del Talento Humano – Sistema de Gestión
de Seguridad y Salud en el Trabajo

- Mantener actualizado su esquema de vacunación especialmente contra Hepatitis B.
- Utilizar las técnicas correctas en la realización de todo procedimiento.
- Manejar con estricta precaución los elementos corto punzante y desecharlos en los guardianes ubicados en cada servicio.
- No cambie elementos corto punzantes de un recipiente a otro.
- Lavado las manos antes y después de cada procedimiento e igualmente si se tiene de contacto con material patógeno.
- Las gafas de seguridad, respiradores y caretas deben permanecer guardadas en su empaque original.
- Los Elementos de protección personal son de uso personal e intransferible.
- La ropa de trabajo (bata, uniforme, etc.) deben ser lavados por separado.

Todos los pacientes y sus fluidos corporales independientemente del diagnóstico de ingreso o motivo por el cuál haya entrado al dispensario deberán ser considerados como potencialmente infectantes y se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra una transmisión.

Es obligación del trabajador informar a su superior inmediato la ocurrencia de un accidente de trabajo en el momento que este suceda. Este debe ser reportado a la ARL y la DISAN dentro de los dos días hábiles siguientes (48 horas) de ocurrido el accidente de trabajo.

Me comprometo a dar cumplimiento por escrito a lo que aquí contenido siendo conocedor de los riesgos biológicos a las cuales estoy expuesto.

En constancia firman:

DIANA M. CHIRIVÍ AMAYA

Firma Trabajador y/o Funcionario

C.c. 33368096 De TUNSA

Firma Líder de SST del centro de trabajo de la DGSM/DISAN/ESM

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:

- Para el correcto diligenciamiento de éste formato tenga en cuenta las instrucciones que se encuentran de color gris, replácelas con color negro de acuerdo a la instrucción.
- Las instrucciones que se encuentran de color negro no las cambie ni elimine.
- Diligencie el documento de forma digital o manual con color negro y con letra legible, sin borrones ni enmendaduras.
- Cuando diligencie el formato de forma digital no cambie el tipo de letra (Arial, tamaño 10) ni los espacios entre cada numeral.
- No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos.
- Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.



SOLUCIONES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL COLOMBIA SAS

NIT: 900343878-6

CONTACTOS
7443300 - 3153579172
sisocolombiasas@gmail.com
Transversal 9 C # 29 A - 42 Maldonado
Tunja (Boyacá)

EPICRISIS - RESUMEN CONSULTA OPTOMETRÍA

PACIENTE: DIANA CHIRIVI	MARITZA AMAYA	TIPO IDENTIFICACIÓN: CC	NÚMERO IDENTIFICACIÓN: 33368096	FECHA NACIMIENTO: 04/02/1983	EDAD: 37 año(s) 10 mes(es) 27 día (s)
GÉNERO: Femenino	INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA: CAFESALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA			TIPO PLAN: Otro	TIPO VINCULACIÓN: No Aplica

FINALIDAD CONSULTA	CAUSA	PRIMERA VEZ	FECHA EVENTO
No aplica	Enfermedad general	Si	30/12/2020 14:11:29
MOTIVO CONSULTA	Sin Información		
ENFERMEDAD ACTUAL	Sin Información		

EXÁMEN OPTOMETRÍA

SÍNTOMAS				Último Examen Visual: UN AÑO	
Cefalea	Dolor o Ardor	Mala Visión de Lejos	Fotofobia	Resequedad	
Lagrimo o Secreción	Ojos Rojos	Visión Doble / Borrosa	Dificultad Enfoque	Salto de Renglón	
Cansancio	Mala Visión de Cerca	Pesadez Palpebral	Pesadez Palpebral	Otros	
ANTEOJOS					LENSES CONTACTO
Para Lejos	Para Cerca	Permanentes	Temporales		Si

MOTILIDAD OCULAR			Visión Cromática	
Cover Test	//		Normal	
Visión Lejana	Visión Próxima	Punto Próximo Convergencia	Estereopsis	
ORTO	EXO	8 CM	Normal	

EXÁMEN EXTERNO

Segmento Anterior Normal					
AGUDEZA VISUAL				INTERPRETACIÓN	
OJO DERECHO		OJO IZQUIERDO		Problema de refracción no corregido	
Visión Lejana		Visión Lejana		Problema de refracción adecuadamente corregido	
Sin Corrección: NO APLICA	Con Corrección: 20/20	Sin Corrección: NO APLICA	Con Corrección: 20/20	Problema de refracción inadecuadamente corregido	
Visión Próxima		Visión Próxima		No requiere corrección	
Sin Corrección: NO APLICA	Con Corrección: 20/20	Sin Corrección: NO APLICA	Con Corrección: 20/20	Adecuadamente corregida para patología de base	

LENSOMETRÍA			QUERATOMETRÍA
OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO	TIPO LENTE	Ojo Derecho: NO APLICA
Visión Lejana: NO APLICA	Visión Lejana: NO APLICA	Visión Lejana: NO APLICA	Ojo Izquierdo: NO APLICA
Visión Próxima: NO APLICA	Visión Próxima: NO APLICA	Visión Próxima: NO APLICA	RETINOSCOPIA
SUBJETIVO			Ojo Derecho: SOBRE RX N
Ojo Derecho	Agudeza Visual	Adición	Ojo Izquierdo: SOBRE RX N
N	20/20	NO APLICA	OFTALMOSCOPIA
Ojo Izquierdo	Agudeza Visual	Adición	Ojo Derecho: MEDIOS TRANSPARENTES
N	20/20	NO APLICA	Ojo Izquierdo: MEDIOS TRANSPARENTES

FÓRMULA FINAL

OJO DERECHO							
Esfera	Cilindro	Eje	Adición	Agudeza Visual	Altura	Distancia Pupilar	Tipo Lente
0	0	0	0	20/20		N.A.	N.A.



SOLUCIONES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL COLOMBIA SAS

NIT: 900343878-6

CONTACTOS
7443300 - 3153579172
sisocolombiasas@gmail.com
Transversal 9 C # 29 A - 42 Maldonado
Tunja (Boyacá)

OJO IZQUIERDO							
Esfera	Cilindro	Eje	Adición	Agudeza Visual	Altura	Distancia Pupilar	Tipo Lente
0	0	0	0	20/20		N.A.	N.A.

OBSERVACIONES

Sin Información

LENTES CONTACTO					
OJO DERECHO					
Curva Base	Diámetro	Poder	Material	Color	Diseño
N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

OJO IZQUIERDO					
Curva Base	Diámetro	Poder	Material	Color	Diseño
N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

RECOMENDACIONES GENERALES
PACIENTE CON MIOPIA USA LCB BIEN ADAPTADO Y TOLERADO

OBSERVACIONES GENERALES
Sin Información

INFORMACIÓN DIAGNÓSTICO(S)			
DIAGNÓSTICO	TIPO DIAGNÓSTICO	¿ES PRINCIPAL?	OBSERVACIONES
MIOPIA (H521)	Confirmado nuevo	Si	Sin Información

FUNCIONARIO RESPONSABLE:

GINA LILIANA RODRIGUEZ SAENZ
Optometria
Registro Profesional: 2375



SOLUCIONES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL COLOMBIA SAS

NIT: 900343878-6

CONTACTOS
7443300 - 3153579172
sisocolombiasas@gmail.com
Transversal 9 C # 29 A - 42 Maldonado
Tunja (Boyacá)

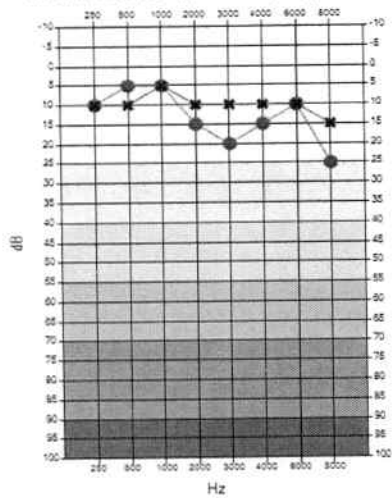
EPICRISIS - RESUMEN CONSULTA AUDIOMETRÍA

PACIENTE: DIANA CHIRIVI	MARITZA AMAYA	TIPO IDENTIFICACIÓN: CC	NÚMERO IDENTIFICACIÓN: 33368096	FECHA NACIMIENTO: 04/02/1983	EDAD: 37 año(s) 10 mes(es) 27 día (s)
GÉNERO: Femenino	INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA: CAFESALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SA			TIPO PLAN: Otro	TIPO VINCULACIÓN: No Aplica
FINALIDAD CONSULTA		CAUSA		PRIMERA VEZ	FECHA EVENTO
No aplica		Enfermedad general		No	30/12/2020 10:01:21
MOTIVO CONSULTA	Sin Información		ENFERMEDAD ACTUAL	Sin Información	

RESULTADOS OTOSCOPIA

Pabellón Auricular		Conducto Auditivo Externo		Membrana Timpánica	
Oído Derecho	Normal	Oído Derecho	Normal	Oído Derecho	Normal
Oído Izquierdo	Normal	Oído Izquierdo	Normal	Oído Izquierdo	Normal

-- Oído Derecho (O) Color Rojo -- Oído Izquierdo (X) Color Azul



VÍA AÉREA

FRECUENCIA EN HZ	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Oído Derecho	10	5	5	15	20	15	10	25
Oído Izquierdo	10	10	5	10	10	10	10	15

INTERPRETACIÓN

SEVERIDAD - CAOHC	Oído Derecho	Oído Izquierdo
Normal (0 - 25 dB)	X	X
Leve (26 - 40 dB)		
Moderado (41 - 55 dB)		
Moderado Severa (56 - 70 dB)		
Severa (71 - 90 dB)		
Profunda (>90 dB)		
Cofosis		

INTERPRETACIÓN	
X	Control Auditivo en un Año
	Control Auditivo en Seis Meses
	Exámenes Audiológicos Complementarios
X	Uso Protección Auditiva
	Control por Otorrinolaringología

RECOMENDACIONES GENERALES

Sin Información

OBSERVACIONES GENERALES

PACIENTE NIEGA ANTECEDENTES OTOLÓGICOS
ANTE EVALUACIÓN PRESENTA SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA BILATERAL NORMAL
PTA OD: 8.33 dB
PTA OI: 8.33 dB

INFORMACIÓN DIAGNÓSTICO(S)

DIAGNÓSTICO	TIPO DIAGNÓSTICO	¿ES PRINCIPAL?	OBSERVACIONES
EXAMEN DE OÍDOS Y DE LA AUDICIÓN (Z011)	Confirmado nuevo	Si	Sin Información

FUNCIONARIO RESPONSABLE:

LINA MARIA DIAZ PATIÑO
Foniatría y fonoaudiología
Registro Profesional: 3818



SOLUCIONES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL COLOMBIA SAS

NIT: 900343878-6

CONTACTOS
7443300 - 3153579172
sisocolombiasas@gmail.com
Transversal 9 C # 29 A - 42 Maldonado
Tunja (Boyacá)

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL



PACIENTE: DIANA MARITZA CHIRIVI AMAYA

TIPO IDENTIFICACIÓN: CC

EMPRESA CONTRATANTE: DIRECCION DE SANIDAD MILITAR

CARGO DESEMPEÑAR: MEDICO

NÚMERO IDENTIFICACIÓN: 33368096

JORNADA TRABAJO: Rotatorio

FECHA NACIMIENTO: 04/02/1983

FECHA: 30/12/2020

GÉNERO: Femenino

EDAD: 37 año(s) 10 mes(es) 27 día(s)

TIPO EXAMEN: Periódico

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

1. RECOMENDACIONES GENERALES

1.1. Remisión a EPS

1.2. Continuar manejo médico

1.3. Completar esquema vacunación

1.4. Inicio o continuar actividad física

1.5. Suspender tabaquismo

1.6. Reducir consumo de alcohol

1.7. Control de peso y nutrición

1.8. Otras

2. RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

2.1. Calificación de origen

2.2. Recomendaciones para el manejo de cargas

2.3. Seguimiento por ARL

2.4. Ingreso programa vigilancia epidemiológica

2.5. Uso de elementos de protección personal

2.6. Pautas ergonómicas

2.7. Pausas activas

2.8. Uso de corrección visual

2.9. Uso diario de bloqueador solar

2.10. Otros

3. RESTRICCIONES

3.1. Trabajo en alturas > 1.5 mts

3.2. Trabajo en altitudes > 2.500 mts

3.3. Trabajos en ambientes hiperbáricos

3.4. Trabajos en temperaturas bajas

3.5. Trabajo en temperaturas altas

3.6. Trabajos con riesgo eléctrico

3.7. Trabajo en espacios confinados

3.8. Para conducción de vehículos

3.9. Manipulación de alimentos

3.10. Cargas

3.11. Viajes

3.12. Otros

4. CONCEPTO MÉDICO

Tipo Examen: ☐ Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post Incapacidad ☐ Cambio Cargo ☐ Trabajos Especiales

Concepto Sin Restricciones para el cargo

Concepto Con Restricciones para el cargo (ver restricciones)

Aplazado

Sin Restricciones para manipulación de alimentos

Sin Restricciones para trabajo en alturas

Sin Restricciones para trabajo eléctrico

Sin Restricciones para trabajo en temperaturas extremas

Sin Restricciones para trabajo en espacios confinados

Sin Restricciones para Conducción de Vehículos / Operación de Maquinaria

Requiere evaluar reubicación laboral

Requiere nueva valoración

Satisfactorio

Enfermedades de origen común

☒ Sin restricción para continuar su labor actual

☒ Sin diagnóstico de enfermedad laboral

Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS / ARL

Secuela de accidente de trabajo / enfermedad laboral

5. EXÁMENES REALIZADOS

Examen Físico	Rx Tórax	Perfil Lipídico	TSH	Frotis Faringeo
X Examen Físico con Énfasis Osteomuscular	Rx Columna Lumbo Sacra	Perfil Hepático	Serología	KOH Uñas
X Audiometría	Cuadro Hemático	Perfil Renal	Ácido Úrico	Coprológico
Optometría	Glicemia	Frotis Sangre Periférica	Tamizaje Drogas	Baciloscopia
Espirometría	Electrocardiograma	Hemoclasificación	Alcohol	X Psicología
X Visiometría	Parcial de Orina	Coordinación motriz	Colinesterasa	X Otro

6. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

El trabajador (a) no reporta en la encuesta ningún síntoma de enfermedad respiratoria en la actualidad ni reporta ningún antecedente epidemiológico en contacto con persona contagiada por Sars Cov 2- Covid-19.

USO DE LENTES SEGUN FORMULA

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el día de hoy y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clínica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

FUNCIONARIO RESPONSABLE:

PEDRO OSWALDO FRANCO TELLEZ
Medicina especializada, Medicina Ocupacional
Registro Profesional: 79685047
Licencia Salud Ocupacional: 1276/2017

PACIENTE:

DIANA MARITZA CHIRIVI AMAYA

DIANA MARITZA CHIRIVI AMAYA

1 / 1

Naxvan Soft
www.naxvansoft.com

	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: M-GS-PP-F-247
RENOVACION LICENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PERSONA JURIDICA		FECHA: 26/Nov/2019

RESOLUCIÓN 0816
(29 de julio de 2020)

"Por medio de la cual se renueva una licencia en prestación de servicios de Salud Ocupacional "Seguridad y Salud en el Trabajo"

EI SECRETARIO DE SALUD DE BOYACÁ

En uso de sus atribuciones legales, en especial las conferidas por la Resolución 04502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social

CONSIDERANDO:

Que mediante Resolución No 872 de 17/06/2010 expedida por la Secretaría de Salud de SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA, se otorgó Licencia para la prestación de servicios en salud ocupacional a PEDRO OSWALDO FRANCO TELLEZ, identificado (a) con C.C N° 79685047 en calidad de representante legal de la empresa SOLUCIONES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S con Nit: 900343878 por vigencia de 10 años.

Que la Resolución 04502 del 28 de diciembre de 2012, establece que la Expedición, renovación, vigilancia y control de las licencias de salud ocupacional a las personas naturales o jurídicas públicas o privadas que oferten a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo, definidos por el artículo 1 de la Ley 1562 de 2012, estará a cargo de las Secretarías Seccionales y Distritales de Salud, en cumplimiento de la competencia asignada a estas por el inciso primero del artículo 23 de la citada ley.

Que PEDRO OSWALDO FRANCO TELLEZ, identificado (a) con C.C N° 79685047 en calidad de representante legal de la empresa SOLUCIONES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S con Nit: 900343878, ha solicitado renovación de la licencia para la prestación de servicios en Salud Ocupacional, Seguridad y Salud en el mundo del trabajo cumpliendo con los requisitos establecidos en los Artículos 2 de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012 y anexando a su petición la documentación exigida para demostrar formación en un área de la Salud Ocupacional.

Que los documentos fueron verificados por la profesional de la Secretaría de Salud, referente del procedimiento de otorgamiento y renovación de las licencias de Salud Ocupacional.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO, Renovar licencia en prestación de servicios de Salud Ocupacional "Seguridad y Salud en el Trabajo" a la empresa: SOLUCIONES INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL S.A.S identificada con Nit 900343878 y con sede ubicada en TRANSVERSAL 9C # 29A-42 de la ciudad de TUNJA, legalmente representada por PEDRO OSWALDO FRANCO TELLEZ, en los campos de acción:

MEDICINA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
DISEÑO,ADMINISTRACION Y EJECUCION DE SISTEMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
INVESTIGACION DE ACCIDENTE DE TRABAJO
EDUCACION,CAPACITACION
INVESTIGACION EN AREA TECNICA

ARTICULO SEGUNDO, la licencia que trata el artículo anterior tiene carácter personal e intransferible y es válida en todo el territorio nacional por una vigencia de diez (10) años contados a partir de la ejecutoria de la presente resolución y podrá ser renovada por un término igual.

ARTICULO TERCERO, Que los titulares de las licencias, deberán cumplir en el ejercicio de sus actividades con las normas, técnicas y éticas para la prestación de servicios de seguridad y salud en el trabajo, que para tal fin expida el Ministerio de Salud y Protección Social

ARTICULO CUARTO, En contra de la presente resolución, procede los recursos de reposición y apelación en primera y segunda instancia, para ante el Secretario de Salud de Boyacá y Gobernador de Boyacá, respectivamente, según el Artículo 13 de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al de su notificación, según lo preceptuado en la Ley 1437 de 2011.

ARTICULO QUINTO, la presente resolución surte efectos a partir de su ejecutoria.

	FORMATO	VERSIÓN: 0
		CÓDIGO: M-GS-PP-F-247
RENOVACION LICENCIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PERSONA JURIDICA		FECHA: 26/Nov/2019

Dada en Tunja. , el 29 de julio de 2020.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



 JAIRO MAURICIO SANTOYO GUTIERREZ
 SECRETARIO DE SALUD

Aprobó:
 Director(a) Promoción y Prevención en Salud

Elaboró: JUDY EDITH IBAÑEZ RODRIGUEZ
 PROFESIONAL UNIVERSITARIO

[illegible]

[illegible]

Certificado Digital de Vacunación
Colombia

contra SARS-CoV-2 (Covid-19)

COVID-19 VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

Nombres y apellidos / Full name

DIANA MARITZA CHIRIVI AMAYA

Tipo de identificación / ID Type

CC

Número de identificación / ID Number

33368096

Fecha nacimiento / Date of birth

04/02/1983

País nacimiento / Country of birth

CO-COLOMBIA

Número de contacto (celular) / Phone number

Correo electrónico / e-mail



Datos de vacunación / Vaccination detail

Dosis / Dose number

Segunda

Lote / Vaccine Batch

K202103011

Vacuna / Vaccine

SINOVAC LIFE
SCIENCES

Centro vacunador / Administering Center

TUNJA BATALLON
CACIQUE TUNDAMA

Fecha de aplicación / Date of Vaccination

08/05/2021

País de vacunación / Country of Vaccination

CO-Colombia

Sello digital / Digital Stamp

H3WVVMPOFZEBTB4AR3W
CQQA2SVWY2LSG3KPZO
KVHOVAEYHUJVA

Fecha de emisión del documento / Document issued

17/11/2021

Línea de ayuda / Help line : 192 - soporte@vacuna.minsalud.gov.co



El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAIWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2 (Covid-19) aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página

Ver certificado en MiVacuna

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAIWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the SARS-CoV-2 (Covid-19) vaccine as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page

View certificate in MiVacuna

Search

SISPRO

Principal

SIDAM- SI Estandares de Medicam...

Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *
33368096

Primer Nombre *
DIANA

Primer Apellido *
CHIRIVI

Confirme los números de la Imagen *



Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2021-10-14--1:48:05 PM

Tipo	Nro.	Primer	Segundo	Primer	Segundo	Estado	Detalles
Identificación	Identificación	Nombre	Nombre	Apellido	Apellido	Identificación:	
CC	33368096	DIANA	MARITZA	CHIRIVI	AMAYA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2016 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DIANA MARITZA CHIRIVI AMAYA identificado(a) con CC 33368096 registra La siguiente información:

2021-10-14--1:48:05 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	2012-07-23	1379	GOBERNACION DE BOYACA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Atención telefónica a través del Centro de Contacto.

En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020

Horario de atención:

Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m. y sábados de 8:00a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

[Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRS](#)

[Notificaciones judiciales](#)

[Términos y condiciones de uso.](#)

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL



DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO

G. DATOS GENERALES

Quien suscribe: **DIANA MARITZA CHIRIVI AMAYA** mayor de edad, de Nacionalidad COLOMBIANA, de este domicilio, identificado con Cédula de Ciudadanía No.33368096 actuando en nombre propio.

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información que se consigna a continuación es real y autorizo para que el Ministerio de Defensa - Ejército Nacional bajo cualquier medio legal corrobore la veracidad de la misma:

Nombre Completo	DIANA MARITZA CHIRIVI AMAYA
Cédula de Ciudadanía	33368096
Pregrado – Universidad	UNIVERSIDAD DE BOYACA
Posgrado – Universidad	
Hace parte reserva activa	SI ☐
	NO ☒
	Indique causal de retiro
	☐ Solicitud propia
	☐ Por cumplir dos (2) años en Grado de General, Almirante o General del Aire.
	☐ Por llamamiento a calificar servicios.
	☐ Por sobrepasar la edad correspondiente al grado.
	☐ Por disminución de la capacidad psicofísica para la actividad militar.
	☐ Por inasistencia al servicio sin causa justificada de acuerdo con el tiempo previsto en el Código Penal Militar para el delito de abandono del servicio.
	☐ Por incapacidad profesional.
	☐ Por retiro discrecional.
	☐ Por no superar el periodo de prueba.
	Número y fecha del acto administrativo mediante el cual pasa a ser parte de la reserva activa.
	Número y fecha del acto administrativo mediante el cual se le liquida y reconoce la asignación de retiro.
	Se ha afiliado a pensión
	SI X

	Indique cual: 20 ENERO 2010 NO
Experiencia específica (relacionada con el objeto contractual). Los certificados deben estar en la plataforma SIGEP	Contratante DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA Objeto contractual: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTION COMO MEDICO GENERAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BASC01 DE TUNJA Vigencia 12 MESES
Dirección de residencia (indicar ciudad)	CALLE 48 A N° 3-64 BARRIO LAS QUINTAS TUNJA BOYACA
Teléfono fijo - Teléfono celular	3125953966
Entidad bancaria y No. De la cuenta Bancaria (indicar si es ahorros - corriente).	Entidad Bancaria: BANCO DAVIVIENDA Sucursal: UNICENTRO TUNJA No. de Cuenta:17637001254 Ahorros ☒ Corriente ☐
Teléfono fijo - teléfono celular	Tel. Fijo: NO APLICA Tel. Celular: 3125953966
Correos electrónicos en los que recibo cualquier comunicación oficial emanada del Ejército.	Dr.dianachiri@hotmail.com
Contratos vigentes de prestación de servicios (indique entidad - objeto - plazo de vigencia - Vlr. Total contratado)	Tipo de contrato: prestación de servicios Objeto: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTION COMO MEDICO GENERAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BASC01 DE TUNJA Plazo: 12 meses Vlr. Total contrato: \$43.530.283,00
Otros contratos vigentes (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	Tipo de contrato NO APLICA Objeto Plazo Vlr. Total contrato
Otros contratos vigentes (laboral - labor - aprendizaje - ocasional de trabajo - otros)	Tipo de contrato NO APLICA No. de contrato objeto Plazo Vlr. Total contratado
Pertenezco al régimen tributario	Común__ Simplificado_X_
Régimen de excepción	NOTA 1: APLICA__ NO APLICA__ Pertenece a regímenes excepción razón por la cual debe cancelar los aportes correspondientes a salud al Ministerio de Protección Social - Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), en las condiciones establecidas por esta entidad.
Pago de pensión	NOTA 2: APLICA__ NO APLICA__ El (la) suscrita bajo la gravedad de juramento informa que, de acuerdo a la circular externa 0032 del 23 de mayo de 2007 del Ministerio de Salud y la Protección Social y el artículo 61 de la Ley 100 de 1993 se encuentra exceptuado de cotizar a pensión, toda vez que: (en caso de aplicar, señalar con "X", la excepción que aplique)

	1. Nunca ha cotizado en materia pensional y cuenta con 50 años de edad o más, si se es mujer, o 55 años de edad o más, si se es hombre. ____ 2. Se encuentra pensionado por invalidez por el Instituto Seguros Sociales o por cualquier Fondo, Caja o Entidad del sector público o recibió la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez o de invalidez por riesgo común (esta excepción no aplica en caso que la invalidez hubiere cesado o desaparecido, en virtud de los programas de readaptación y rehabilitación por parte del Instituto) ____ (Adjuntar acto administrativo)
Estado civil	CASADA
Datos cónyuge o compañero permanente: Nombre completo - identificación - empresa o entidad con la cual labora o presta sus servicios - aclare si labora con el MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA y bajo que condición.	Nombre CARLOS ALVAREZ Identificación 7178159 Empresa - entidad en la cual labora o presta servicios - NIT - tel. contacto 3115661472 Es militar o civil vinculado bajo cualquier modalidad al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada al MINDEFENSA: SI ☐ Especifique: NO ☒
No. De hijos - nombre - identificación	No. de hijos : 1 Nombre: MARIA PAZ ALVAREZ CHIRIVI Identificación : 1051075206
Tiene familiares que pertenecen al MINISTERIO DE DEFENSA - EJC - FAC - ARMADA NACIONAL - Entidad adscrita o vinculada a MINDEFENSA	SI Grado de consanguinidad Cargo que desempeña NO_x__
Inhabilidades e incompatibilidades.	Me encuentro incurso en alguna causal de inhabilidad e incompatibilidad Constitucional o legal: SI ☐ Especifique: NO ☒

Nombre Completo: DIANA MARITZA CHIRIVI AMAYA
Identificación: 33368096

Firma: *DIANA M. CHIRIVI AMAYA*

	VALORACIÓN PSICOLÓGICA OCUPACIONAL- TRABAJO EN ALTURAS	FOR01/PRC17/V01/1 9

FECHA 30/12/20 EMPRESA Ejército Dto. EDAD 37
 NOMBRE Diana Mariana Chiriví IDENTIFICACION 3333096
 ESTADO CIVIL Casada TELEFONO 3125953966

HISTORIA MÉDICA

Consumo Alcohol SI NO X Consumo Cigarrillo SI NO X
 Frecuencia _____ Frecuencia _____
 Presencia de Vértigo: SI NO X
 Antecedentes psiquiátricos familiares cuál/es No presenta
 Episodios de Ansiedad No presenta
 Episodios Depresivos No presenta
 Medicamentos consumidos No consumo

ÁREAS DE FUNCIONAMIENTO

Historia y dinámica familiar
 Composición familiar 1 hijo de 4 años, 40 años esposo argentino.
 Relaciones intrafamiliares Cercanos con familia materna.
 Relación de pareja Casada 9 años, un poco de conflicto ocasionado por la paternidad, en algunos momentos.
 Observaciones No presento síntomas y conductas

Historia laboral

Relaciones intralaborales 8 años en el cargo de Medico asistente
 Satisfacción laboral Con el trabajo y los compañeros si, con el tipo de contrato no.
 Observaciones _____

Socio Afectividad

Habilidades sociales Notiene un campo social, se ha dedicado todo su tiempo a su familia
 Resolución de Conflicto En el embarazo
 Hábitos y tiempo libre Todo su tiempo es en casa.
 Observaciones Recomendado obtener hábitos sociales y deporte.

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Apariencia, actitud, conducta Actitud estable, alegre, activa.
 Pensamientos Voluntarios, aceptativos
 Pensamientos Concretos, analíticos
 Afectividad Emoción estable e inocua y estructurada
 Impresión diagnóstica Familiar y la búsqueda personal
 Observaciones Entrenamiento terapéutico, clara y efectiva en grupos y (comunicación social), ejercicio físico.

Firma y sello del profesional

T.P. 168545