Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Nuevo registro

Estado de las solicitudes de registro

Abajo está la lista de todos sus miembros y correspondiente estado.

Número de documento	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
52656682	CAROLINA ORDOÑEZ	11/17/2017 10:52:07 AM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	11/17/2017 10:52:07 AM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	Aceptado

Cambiar el estilo de paginación

Nuevo registro

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
ORDOÑEZ	HERNANDEZ	DIANA CAROLINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52656682

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 0 D.M 0

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 21 MES NOV AÑO 1982

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Villeta

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 102 N 69-81 CASA

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4589685

EMAIL carito8211@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1999

DOMINIO DE IDIOMAS

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Ingles			X			X			X

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRECENTRORIENTE	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 1 MES 12 AÑO 2016	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE FACTURACION	FACTURACION	CRA 5 N 33A 45

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE		X	Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DIA 1 MES 7 AÑO 2012	DIA 30 MES 6 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE FACTURACION	FACTURACION	CRA 12D N 26A 62 SUR

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
GERENCIA ORGANIZACIONAL		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gerenciaorganizacionalltda@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DIA 1 MES 3 AÑO 2012	DIA 31 MES 5 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PREAUDITOR	FACTURACION	CENTRO COMERCIAL PRIMAVERA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SERVICIOS Y ASESORIAS		X	Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DIA 9 MES 7 AÑO 2010	DIA 31 MES 7 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE FACTURACIN	FACTURACIN	CRA 6 N 46 23

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
AFENTE LTDA		X	Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DIA 16 MES 7 AÑO 2009	DIA 31 MES 10 AÑO 2009

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE FACTURACION	FACTURACION	CRA 9 N 17 24

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL ENGATIVA II NIVEL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	facturacionengativa@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
29133000	DIA 28 MES 1 AÑO 2008	DIA 31 MES 7 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PREAUDITORIA	FACTURACION	TRV 100A N 80A 50 MJ

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	6	10
PRIVADO	3	3

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIGEP

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	10	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogotá 13 diciembre 19

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Carolina Ordoñez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DIANA CAROLINA ORDOÑEZ HERNANDEZ
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52656682 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CRA 102 N 69-81 CASA **Teléfonos** 3182152112 4589685

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ALEJANDRA ANGULO ORDOÑEZ	1000157705	HIJO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 19.440.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 400.000,00
TOTAL	$ 19.840.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIEDA	AHORROS	451870103400	PORTAL OCHENTA	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCOLOMBIA	TARJETAS DE CREDITO	$ 36.000.000,00

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
JEYNER EUDALDO QUINTERO ROPERO	C.C⊗ C.E○ T.I.○	88278276

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

Carolina Ordoñez

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

y en su nombre el

Instituto Nacional de Promoción Social

Villeta - Cundinamarca

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según
Resolución No. 001894 del 29 de Octubre de 1997

Confiere a:

Diana Carolina Ordóñez Hernández

Identificado (a) con T.I. Nº 821121-06857 de Villeta

El Título de

Bachiller Técnico

con Especialización en Promoción Social

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Técnica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994);
según los planes y programas vigentes.

Rector(a) Secretario(a)

Libro de Registro No.

Folio No. Folio No.

Se expide registro, según decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1996,
expedido por el Ministerio de Educación Nacional.
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República

Dada en Villeta a los días del mes de del

INSTITUTO DE PROMOCION SOCIAL DE VILLETA CUND.
INSTITUCION

CARRERA 9a. No. 7 - 05 — DIRECCION
844 4197 — TELEFONO

CIUDAD VILLETA — INSCRIPCION S.E. 026 Libro 1 Folio 13

JORNADA UNICA — INSCRIPCION DANE 12587500262

Acta Individual de Grado

En la ciudad de VILLETA a los 7 días del mes de DICIEMBRE del año 1.999 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector (a) y Secretario (a) en la Rectoría del INSTITUTO DE PROMOCION SOCIAL DE VILLETA CUNDINAMARCA Jornada UNICA

Institución aprobada hasta EL 2.000 en el Nivel de Educación Media VOCACIONAL y Autorizada por LA SECRETARIA DE EDUCACION DE CUNDINAMARCA

para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad DE PROMOCION SOCIAL

según Resolución Nº 001894 del 29 de OCTUBRE de 19 97

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media VOCACIONAL se procedió a otorgar el:

TITULO DE :

BACHILLER TECNICO CON ESPECIALIZACION EN PROMOCION SOCIAL

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

DIANA CAROLINA ORDOÑEZ HERNANDEZ
Nombres y Apellidos

C.C. T.I. Nº 821121 - 06657 de VILLETA CUND.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 05 Folio No. 31 de fecha DICIEMBRE 7 que consta de 54 alumnos que comienza con el nombre de ADRIANA MARIA URQUIJO MORA y se cierra con el nombre de YUDY VIVIANA FLOREZ CIFUENTES

Firmada y sellada por EDUARDO MARTINEZ MUÑOZ Rector(a) y JULIETA DEL CARMEN LOPEZ BAUTISTA Secretario(a).

Dada en VILLETA a los 7 días del mes de DICIEMBRE de 1999

Firmada y Sellada

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DIANA CAROLINA ORDOÑEZ HERNANDEZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 52.656.682

Cursó y aprobó la acción de Formación

FACTURACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

con una duración de 120 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los quince (15) días del mes de diciembre de dos mil diez (2010)

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

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

3569669 - 2010/12/15
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300136924CC52656682C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DIANA CAROLINA ORDOÑEZ HERNANDEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 52.656.682

Cursó y aprobó la acción de Formación

MANEJO DE HERRAMIENTAS MICROSOFT OFFICE 2010: EXCEL

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Floridablanca, a los trece (13) dias del mes de mayo de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
OSCAR ALFONSO PEÑA AMAYA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

OSCAR ALFONSO PEÑA AMAYA
Subdirector
CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA
REGIONAL SANTANDER

19884307 - 13/05/2014
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 922500724784CC52656682C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DIANA CAROLINA ORDOÑEZ HERNANDEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 52.656.682

Cursó y aprobó la acción de Formación

MANEJO DE HERRAMIENTAS MICROSOFT OFFICE 2010: EXCEL

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Floridablanca, a los trece (13) días del mes de mayo de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
OSCAR ALFONSO PEÑA AMAYA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

OSCAR ALFONSO PEÑA AMAYA
Subdirector
CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA
REGIONAL SANTANDER

19884307 - 13/05/2014
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 922500724784CC52656682C.

UNIMINUTO - CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
VIGILADA MINEDUCACION

RECIBO PAGO DE MATRICULA

UNIMINUTO
NIT.800.116.217-2

Nombre: DIANA CAROLINA ORDOÑEZ HERNAND
ID: 561247
Sede:CO KENNEDY
Programa: CONT PU UMD-D
Periodo: 1940
Jornada: Virtual / Distancia
Facultad:
No. 44099599

Observaciones:

MATERIAL	DESCRIPCIÓN	Matr. Ordinaria	Matr. Extraordinaria
I001	CARNE REACTIVACION	4.400	4.400
MPROF	MATRICULA PROFESIONAL	1.755.300	1.755.300
ZSUB	Subsidio	573.800	573.800
ZRU1	Rec. Matr. Extraord.		118.150

TOTAL A PAGAR:	1.185.900	1.304.050
FECHA LIMITE DE PAGO:	21.12.2018	04.01.2019

TENGA EN CUENTA LOS SIGUIENTES ASPECTOS PARA EL PAGO DE SU MATRÍCULA

PÁGUESE EN LOS BANCOS INDICADOS EN ESTE RECIBO SOLO EN EFECTIVO O CHEQUE.
LOS CHEQUES DE GERENCIA Y DE CESANTIAS PARA PAGO DE MATRÍCULA, SE DEBEN GIRAR A NOMBRE DE CORREDORES DAVIVIENDA S.A NIT 860079174-3.
PAGOS POR TRANSFERENCIA BANCARIA DEBE PRESENTAR EL SOPORTE EN SU SEDE PARA LA APLICACIÓN (LA TRANSFERENCIA DEBE REALIZARSE A LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS).

OTROS MEDIOS DE PAGO

SELLO DEL BANCO

COPIA ESTUDIANTE

UNIMINUTO - CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
VIGILADA MINEDUCACION

RECIBO PAGO DE MATRICULA

UNIMINUTO
NIT.800.116.217-2

Nombre: DIANA CAROLINA ORDOÑEZ HERNAND
ID: 561247
Sede: CO KENNEDY
Programa: CONT PU UMD-D
Periodo: 1940
Jornada: Virtual / Distancia
Facultad:
No. 44099599

BANCOS (NO CORRESPONSALES)

BANCO DE BOGOTÁ
COLPATRIA
CAJA SOCIAL
DAVIVIENDA
PICHINCHA
BANCOLOMBIA

SELLO DEL BANCO

FECHA LIMITE DE PAGO TOTAL A PAGAR

CONVENIO CORREDORES DAVIVIENDA S.A.

21.12.2018 1.185.900

(415)7709998071674(8020)100052(8020)000561247044099599(3900)000001185900(96)20181221

04.01.2019 1.304.050

(415)7709998071674(8020)100052(8020)000561247044099599(3900)000001304050(96)20190104

COPIA BANCO

29.11.2018 - 11:19:38

Bogotá D.C

Señores:
Instituto Promoción Social
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Dana Carolina Ordóñez en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento...."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Bachiller Academico
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Carolina Ordóñez
No. de documento: 52656652
Tarjeta profesional No:
Dirección de contacto: Cra 102 # 69-31
Teléfono: 3182152112

HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E.

GP-CER168238

LA UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO-OPS DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CON BASE EN LA REVISION DEL EXPEDIENTE Y LA DOCUMENTACIÓN FISICA HECHO POR OPS

HACE CONSTAR:

Que el **HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** con NIT. 830.077.633-4, ubicado en la carrera 12D No. 26 A-62 sur y No. De Tel: 5966600, celebró el siguiente contrato con **DIANA CAROLINA ORDOÑEZ HERNANDEZ** con C.C. No. **52.656.682**, cumpliendo con el objeto del mismo y que a continuación se relaciona:

NO. OPS: 288/2013

FECHA INICIO: 01/Marzo/2013

FECHA TERMINACIÓN: 30/Junio/2013

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO (II) (FACTURACION) EN EL PROCESO DE GESTION FINANCIERA DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EN LOS CENTROS DE ATENCION.

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 4.880.000,oo

Se expide la presente certificación a solicitud de **DIANA CAROLINA ORDOÑEZ HERNANDEZ,** en Bogotá D.C. a los Once (11) días del mes de Junio de 2013.

Para mayor información favor dirigirse a la carrera 12D No. 26 A -62 sur.

Cordialmente,

HECTOR EDILSON HORTUA BAQUERO
Subgerente Administrativo y Financiero

Proyectó: Magali Neira González
Reviso: Emma Esperanza Rey de Wagner.

GERENCIA DE TALENTO HUMANO

S&A SERVICIOS Y ASESORIAS SAS

NIT.890312779

Certifica que:

ORDOÑEZ HERNANDEZ DIANA CAROLINA identificado(a) con la cedula de ciudadanía No.52656682 estuvo vinculado(a) laboralmente con nuestra empresa en calidad de TRABAJADOR EN MISION para prestar sus servicios de acuerdo a las siguientes especificaciones:

FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	LABOR CONTRATADA	SALARIO	TIPO DE CONTRATO	EMPRESA USUARIA
09/01/2011	26/12/2011	AUXILIAR DE FACTURACION	$680,000	OBRA LABOR	HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

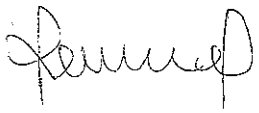
Adicional, el trabajador devenga, en promedio mensual, los siguientes factores salariales:

FACTOR SALARIAL	VALOR PROMEDIO MENSUAL
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	$83,140
OTROS INGRESOS OCASIONALES	$171,882

Se expide a solicitud del (a) interesado(a) a los 14 días del mes de noviembre de 2017.

Si desea verificar la validez de la presente certificación, favor comunicarse con los teléfonos relacionados.

Atentamente,



DENISE MORENO TAYLOR
Gerente de Talento Humano
S&A SERVICIOS Y ASESORIAS SAS
Cali- Valle

GERENCIA DE TALENTO HUMANO

S&A SERVICIOS Y ASESORIAS SAS

NIT.890312779

Certifica que:

ORDOÑEZ HERNANDEZ DIANA CAROLINA identificado(a) con la cedula de ciudadanía No.52656682 estuvo vinculado(a) laboralmente con nuestra empresa en calidad de TRABAJADOR EN MISION para prestar sus servicios de acuerdo a las siguientes especificaciones:

FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	LABOR CONTRATADA	SALARIO	TIPO DE CONTRATO	EMPRESA USUARIA
26/12/2011	30/07/2012	AUXILIAR DE FACTURACION	$680,000	OBRA LABOR	HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

Adicional, el trabajador devenga, en promedio mensual, los siguientes factores salariales:

FACTOR SALARIAL	VALOR PROMEDIO MENSUAL
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	$83,140
OTROS INGRESOS OCASIONALES	$197,016

Se expide a solicitud del (a) interesado(a) a los 14 días del mes de noviembre de 2017.

Si desea verificar la validez de la presente certificación, favor comunicarse con los teléfonos relacionados.

Atentamente,

DENISE MORENO TAYLOR
Gerente de Talento Humano
S&A SERVICIOS Y ASESORIAS SAS
Cali- Valle

GERENCIA DE TALENTO HUMANO

S&A SERVICIOS Y ASESORIAS SAS

NIT.890312779

Certifica que:

ORDOÑEZ HERNANDEZ DIANA CAROLINA identificado(a) con la cedula de ciudadanía No.52656682 estuvo vinculado(a) laboralmente con nuestra empresa en calidad de TRABAJADOR EN MISION para prestar sus servicios de acuerdo a las siguientes especificaciones:

FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	LABOR CONTRATADA	SALARIO	TIPO DE CONTRATO	EMPRESA USUARIA
11/04/2015	30/06/2016	AUXILIAR DE FACTURACION NOCTURNO	$689,455	OBRA LABOR	HOSPITAL DE SUBA II NIVEL E.S.E

Adicional, el trabajador devenga, en promedio mensual, los siguientes factores salariales:

FACTOR SALARIAL	VALOR PROMEDIO MENSUAL
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	$83,140

Se expide a solicitud del (a) interesado(a) a los 14 días del mes de noviembre de 2017.

Si desea verificar la validez de la presente certificación, favor comunicarse con los teléfonos relacionados.

Atentamente,

DENISE MORENO TAYLOR
Gerente de Talento Humano
S&A SERVICIOS Y ASESORIAS SAS
Cali- Valle

GERENCIA DE TALENTO HUMANO

S&A SERVICIOS Y ASESORIAS SAS

NIT.890312779

Certifica que:

ORDOÑEZ HERNANDEZ DIANA CAROLINA identificado(a) con la cedula de ciudadanía No.52656682 estuvo vinculado(a) laboralmente con nuestra empresa en calidad de TRABAJADOR EN MISION para prestar sus servicios de acuerdo a las siguientes especificaciones:

FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO	LABOR CONTRATADA	SALARIO	TIPO DE CONTRATO	EMPRESA USUARIA
12/07/2010	30/12/2010	AUXILIAR DE FACTURACION	$640,000	OBRA LABOR	HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

Adicional, el trabajador devenga, en promedio mensual, los siguientes factores salariales:

FACTOR SALARIAL	VALOR PROMEDIO MENSUAL
AUXILIO LEGAL DE TRANSPORTE	$83,140
OTROS INGRESOS OCASIONALES	$121,736

Se expide a solicitud del (a) interesado(a) a los 14 días del mes de noviembre de 2017.

Si desea verificar la validez de la presente certificación, favor comunicarse con los teléfonos relacionados.

Atentamente,

DENISE MORENO TAYLOR
Gerente de Talento Humano
S&A SERVICIOS Y ASESORIAS SAS
Cali- Valle

OTROSÍ MODIFICATORIO No 1, ADICION No. 1 Y PRORROGA No. 1 AL CONTRATO No. PS-2570-2017 SUSCRITO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y DIANA CAROLINA ORDOÑEZ HERNANDEZ CON CC. No. 52.656.682

Entre los a saber: por una parte, **MARTHA YOLANDA RUIZ VALDES**, mayor de edad, domiciliada y residente en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con Cedula de Ciudadanía No. 51.837.463 de Bogotá, D.C., en su calidad de **GERENTE** de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, Unidad de Prestación de Servicios de Salud Centro Oriente, de conformidad con el Decreto Nº 171 del veinte (20) de abril de dos mil dieciseis (2016) expedido por el alcalde Mayor de Bogotá D.C., quien para los efectos del presente contrato se denominará la **SUBRED** y por otra parte DIANA CAROLINA ORDOÑEZ HERNANDEZ, también mayor de edad, domiciliada y con cedula de ciudadanía No. 52.656.682, quien en adelante se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente adición y prorroga previa las siguientes consideraciones. 1) Que la contratación de las Empresas Sociales del Estado se rige por el Derecho Privado, de conformidad con el numeral 6 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, el Estatuto y Manual de contratación de la Subred. 2) Que con fecha 10 DE ENERO DE 2017, se suscribió el contrato de prestación de servicios No. PS-2570-2017, cuyo objeto consiste en "APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - FACTURADOR URGENCIAS" 3) Que el plazo de ejecución se pactó hasta el 31 DE MARZO DE 2017, a partir de la expedición del registro presupuestal y/o suscripción del acta de inicio. 4) Que el valor del contrato se pactó en la suma de CUATRO MILLONES QUINIENTOS SEIS MIL DOSCIENTOS DIEZ PESOS($4.506.210.oo) M/CTE. 5) Que conforme a lo dispuesto en el parágrafo de la clausula décima, la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E cuenta facultada para prorrogar y adicionar cuantas veces sea necesario dentro de los doce (12) meses siguientes a la suscripción del contrato siempre que exista una justificación que soporte la adición y las condiciones del mismo lo permitan, sin que en ningún momento se modifique su valor u objeto contractual. 6) Que el supervisor del contrato, mediante requerimiento solicitó prorrogar y adicionar el contrato, en consideración a que persiste la necesidad de prestar los servicios con continuidad y se encuentra próximo a su vencimiento. 7) Que el supervisor del contrato, mediante requerimiento solicitó modificar parcialmente la cláusula cuarta forma de pago, en el sentido de modificar el plazo de pago del valor del contrato de 30 días siguientes, a 10 días hábiles siguientes. En virtud de las anteriores consideraciones, las partes suscriben la presente adición y prórroga que se regirá por las siguientes Cláusulas: CLAUSULA PRIMERA.- Prorrogar el plazo de ejecución por TRES (3) MESES. CLÁUSULA SEGUNDA.- Adicionar el valor del contrato en la suma de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($4.650.000.oo) M/CTE. CLAUSULA TERCERA: Modificar la cláusula cuarta "FORMA DE PAGO", la cual quedará así: **CLAUSULA CUARTA. FORMA DE PAGO:** LA SUBRED pagará al contratista el valor estipulado en la cláusula anterior en pagos mensuales de UN MILLÓN QUINIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($1.550.000.oo) M/CTE, mes vencido, previa certificación de cumplimiento expedida por el supervisor del contrato y dentro de los 10 días hábiles siguientes a la presentación y radicación de la cuenta de cobro y/o documento equivalente. El contratista deberá acreditar que se encuentra al día, en calidad de cotizante, con el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral en salud y Administración de Riesgos Laborales. 1) PRIMER PAGO: Corresponderá al pago de los servicios efectivamente prestados entre la fecha de inicio de ejecución del contrato y el último día del mes en que este fue firmado, previa presentación del Informe de actividades adelantadas entre el inicio de ejecución y el último día del mes, adjuntando las planillas de aportes a salud, pensión y ARL del mes a pagar. 2) CONTADOS IGUALES: Se cancelará mes vencido, entendido éstos como los servicios prestados del 1 al 30 de cada mes, dentro del plazo de ejecución contratado, previa presentación del Informe de actividades adelantadas durante el mes que corresponde al pago y dentro de los 10 días hábiles siguientes a su presentación y/o radicación de la cuenta de cobro y/o documento equivalente. El contratista deberá acreditar que se encuentra al día, en calidad de cotizante, con el pago de aportes relativos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, Pensiones y Administración de riesgos laborales. CLÁUSULA CUARTA- IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL: El valor de esta adición se cancelará con cargo al certificado de disponibilidad presupuestal No. 8005 del 22 DE MARZO DE 2017. CLÁUSULA QUINTA- VIGENCIA DE LAS DEMÁS CLÁUSULAS: La presente adición y prorroga sólo surte efectos en el clausulado que modifica, las demás estipulaciones continúan vigentes y sin modificaciones. Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá, D.C. el 22 DE MARZO DE 2017.

POR LA SUBRED

MARTHA YOLANDA RUIZ VALDES
Gerente

POR EL CONTRATISTA

DIANA CAROLINA ORDOÑEZ HERNANDEZ
C.C. No. 52.656.682

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

Elaboro y Revso: Gina Lorena Cortes– Apoyo Administrativo
Aprobó: Daniela Rodriguez Goyes - Asesora Oficina Jurídica
Heyde Rodriguez Pérez – Jefe Oficina Asesora Jurídica - Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

canned by CamScanner

CONSECUTIVO No. 4362

EL SUSCRITO DIRECTOR DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA

DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

CERTIFICA

Mediante Acuerdo N° 641 de abril 06 de 2016 se reorganizo el Sector Salud en el Distrito Capital, el cual consagra en su Artículo 5 la subrogación en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión, las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas; revisados los archivos de la Oficina de Contratación de la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E. se encontró que el (la) señor(a) **DIANA CAROLINA ORDOÑEZ HERNANDEZ** como, TECNICO DE CUENTAS MEDICAS, identificado (a) con C.C. Núm. 52.656.682, tiene con la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E. varias órdenes de Prestación de Servicio. Sin que exista solución de continuidad en su ejecución, desarrollando las obligaciones pactadas con autonomía técnica, Administrativa y sin subordinación laboral alguna desde el día 01 de mayo de 2009, teniendo vigente a la fecha la CPS 2127 del 2018.

Actividades a Desarrollar:

• Prestar sus servicios personales en las Instalaciones de la Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E, como Técnico de cuentas médicas y RIPS, para que se desarrolle el proceso de revisión de cuentas médicas, soporte Armado y radicación de facturas y generación de RIPS para el área de Facturación de la subred norte.
• Realizar trabajo en equipo con el auditor, facturador y autorizadores todo lo relacionado con la facturación y soportes para el cierre y la radicación de las facturas del área asignada bajo la Coordinación del Referente de facturación.
• Realizar actividades de forma coordinada con toda el área y profesional de RIPS para Generar el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud RIPS, utilizando como herramienta el sistema de información actual de las unidades y el proyectado para la Subred Norte de todas las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios a las cuales se les atienda pacientes en la Subred Norte verificando la parametrización establecida en el módulo de información, de acuerdo a la resolución No. 3374 del 2000, del Ministerio de Salud y Protección Social y en las normas establecidas por la Contaduría General de la Nación y las que apliquen al respecto

• Conocer, aceptar y cumplir con las normas y procedimientos médicos, científicos y administrativos de la Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E que tengan relación con todos los procesos y procedimientos de facturación.
• Conocer y manejar el sistema de Información utilizado por la Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E, para el proceso de facturación, atendiendo las especificaciones técnicas y éticas.
• Contribuir y apoyar los procesos de mejoramiento continuo institucional
• Realizar trabajo en equipo con el auditor, facturador y autorizadores todo lo relacionado con la facturación y soportes para el cierre y la radicación de las facturas del área asignada bajo la Coordinación del Referente de facturación.
• Realizar actividades de revisoría administrativa a las cuentas medicas sobre procesos prioritarios para garantizar la calidad de la facturación; dicha revisión deberá realizarse dentro de los parámetros que establezca el Referente de facturación en conjunto con la subgerencia financiera
• Prestar sus servicios como técnico de cuentas médicas en la Revisión del 100% de las facturas generadas por evento y aleatoriamente las de capitación.
• Mantener los archivos de los procesos del área facilitando su utilización conservación y custodia
• Realizar seguimiento permanente al proceso de facturación del área asignada y concertar con el profesional de apoyo asignado, los ajustes necesarios
• Realizar de forma conjunta con el profesional de apoyo asignado los informes del área asignada verificando la confiabilidad de los datos y el cumplimiento de normas, legislación y contratos vigentes
• Soportar y registrar la respuesta de las objeciones presentadas a la facturación en el Sistema de Información, que sean remitidas por el área de cartera como soporte y apoyo; así mismo implementando mecanismos de control para la disminución de las mismas.
• Socializar y capacitar a los involucrados en el proceso de facturación de acuerdo a las necesidades
• Generación en el Sistema de información de la cuenta de cobro y su radicación ante las diferentes EAPBS
• Realizar el informe de radicación de la facturación en conjunto con el profesional de apoyo para ser entregado al técnico de informes del Área de facturación, de acuerdo al procedimiento establecido el referente de Facturación y la Subgerencia Financiera.
• Prestar sus servicios como técnico en la recepción revisión y cruce de soportes de las facturas generadas por la modalidad de FFDS de cada uno de las unidades.
• Prestar sus servicios como técnico de cuentas médicas y RIPS en la revisión y entrega de los soportes solicitados por la firma interventora del FFDS durante el proceso de auditoría de cuentas.

• Prestar sus servicios como técnico de cuentas médicas y RIPS en la elaboración del informe mensual de distribución por unidad funcional de todas las cuentas médicas.
• Realizar todas las actividades como técnico de cuentas médicas en la revisión y cruce de soportes magnéticos de las facturas generadas con cargo a la Cápita de cada uno de los Unidades.
• Realizar todas las actividades como técnico de cuentas médicas en el cruce de bases de datos de las diferentes empresas contratadas por la modalidad de cápita contra la facturación generada bajo la modalidad de evento y FFDS.
• Realizar las actividades requeridas para generación de RIPS desde la alimentación de la información de las bases de datos de capitación, seguimiento, cruce y validación mensual de las bases de estas frente al comportamiento de las mismas y la población atendida.
• Realizar todas las actividades como técnico de cuentas médicas RIPS en la generación y radicación oportuna del 100% de las cuentas generadas mensualmente de capitación y FFDS, cumpliendo con los términos de ley y contractualmente pactados.
• Realizar el seguimiento, revisión, custodia y control en la devolución de facturas a los auxiliares de facturación en cada uno de los centros y/o servicios de la red Norte del FFDS, capitación y particulares y cuando se requiera en la revisión de cuentas de evento para su posterior ajuste y soporte pertinente.
• Realizar las acciones necesarias para cumplir con n la respuesta a las causales de devolución de las cuentas por concepto administrativo, por parte del deudor de acuerdo a las prioridades y tiempos establecidos según normatividad vigente.
• Realizar las actividades requeridas para la generación y mantenimiento de bases de datos que permitan efectuar consultas rápidas y precisas según requerimiento del área de facturación.
• Realizar las actividades requeridas para la recepción revisión y cruce de soportes de las facturas generadas por la modalidad de evento de cada uno de los centros de salud.
• Cumplir a cabalidad las actividades asistenciales y las relacionadas con los procesos propios de la prestación de los servicios de facturación.
• Cumplir a cabalidad con las disponibilidades que programe la Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E, en aras de brindar respuesta oportuna y eficaz a los requerimientos que reciba el área. Estas disponibilidades serán determinadas de acuerdo a las necesidades diarias de la división Financiera.
• Conocer y manejar el sistema de información utilizado por la Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E, para el proceso de facturación, atendiendo las especificaciones técnicas y éticas.
• Coordinar con los Profesionales de apoyo el auditor, asistente y Líder del proceso de facturación lo relacionado con el área asignada.

• Dar cumplimiento y verificar que los soportes de cada factura se ajusten a los anexos técnicos establecidos por la Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E; requerimientos específicos de la contratación de prestación de servicios y requerimientos de ley para los casos de facturación.
• Verificar la información y comunicar las inconsistencias detectadas en el proceso de generación de la factura y la aplicación de las acciones de mejoramiento pertinentes.
• Entregar la facturación relacionada y soportada a los técnicos diariamente.
• Contribuir a la disminución del porcentaje de glosa dando cumplimiento a sus actividades
• Contribuir a la disminución del porcentaje de glosa o devoluciones dando cumplimiento a sus actividades.
• Entregar al interventor del contrato mensualmente informe de las actividades desarrolladas.
• Responder económicamente cuando se genere detrimento patrimonial por omisión o acción comprobada y relacionada con el incumplimiento de sus actividades y que generen glosa definitiva total o parcial de la factura, por lo cual se realiza el descuento respectivo del pago mensual dando cumplimiento a la normatividad vigente.
• Responder por el buen uso y mantenimiento de los equipos e implementos asignados en su puesto de trabajo.
• Brindar atención Humanizada integral, con calidad y respeto usuario, su familia, acompañante y establecer relaciones de respeto, solidaridad y cordialidad con los compañeros de la Institución.
• Cumplir las normas establecidas por la institución en el cumplimiento de sus actividades, así como la entrega oportuna de la constancia de pago de seguridad Social y el respectivo informe mensual de actividades específicas, obligaciones y/o productos del contratista.
• El contratista se obliga para con la Subred Integrada de servicios de salud Norte E.S.E a informar con treinta (30) días de antelación en el evento dar por terminado de forma unilateral el contrato, para que la Administración durante este lapso pueda proveer la contratación a que haya lugar para no desproteger los servicios.
• Asistir a capacitaciones, reuniones y aplicar el estricto cumplimiento de lo informado en las mismas, así como los lineamientos planteados en estas.
• Las demás que le sean asignadas para fortalecer los procesos y procedimientos propios del área en la USS de la Subred.

Su CPS, tiene unos honorarios mensuales de DOS MILLONES CIEN MIL PESOS ($2.100.000).

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**CERTIFICACIÓN**	**CÓDIGO: U110R-FO615** **FECHA: 22/06/2016** **VERSIÓN: SIETE (7)**

La presente se expide a solicitud del interesado (a), en Bogotá D.C. a los a los diez (10) dias del mes de julio de 2018.

ÁLVARO GALVIS BARRIOS
Director de contratación

Andrés Ruiz

Calle 66 # 15-41
contratación@subrednorte.gov.co
Tel.:3499080 Ext.189
Nit: 900971006-4

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.656.682

ORDOÑEZ HERNANDEZ
APELLIDOS

DIANA CAROLINA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-NOV-1982.
VILLETA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

02-ENE-2001 VILLETA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500117-42115444-F-0052656682-20030825 04962 03237A 01 145982432

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14226476926

(415)7707212489984(8020) 000001422647692 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
52656682	8	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadania 13	52656682	2001 01 02

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Cundinamarca 25	Villeta 875

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ORDOÑEZ	HERNANDEZ	DIANA	CAROLINA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección
CR 102 69 81 IN 46 BRR ALAMOS NORTE

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
carolina8211-21@hotmail.com		2296533	3112222240

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
8299	2008 01 01					4123	

Responsabilidades

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
12																	

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2014 01 22

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ORDOÑEZ HERNANDEZ DIANA CAROLINA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 52656682-8 DIANA CAROLINA ORDOÑEZ HERNANDEZ

Información

Dirección KR 102 69 81 CA 46

Teléfonos 2296533/3182152112

Dirección electrónica carito2211@gmail.com

Fax

Información de

Fecha Inscripción 25/03/2009

Soporte Inscripción 12127237

Fecha Inicio Actividades 01/01/2008

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ HUMANA

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

CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD

CP 110011775101/02 - NIT. 900.171.517-3

SALUD OCUPACIONAL PARA EMPRESAS
RESOLUCION Nº 6227

RH. QUÍMICA SANGUÍNEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIOGRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

FECHA. 16-11-2016.

MOTIVO DE EVALUACIÓN:

INGRESO (X) PERÍODO ( ) RETIRO ( ) TRABAJO EN ALTURAS ( )

El suscrito médico especialista en salud ocupacional, hace constar que en la fecha ha realizado evaluación médica a:

NOMBRE: Diana Caroline Ordoñez Hernandez.

C.C. 52.656.682. TELÉFONO. 6020723.

EVALUACIONES REALIZADAS

Examen médico X.
Audiometría ___
Visiometría ___
Laboratorio Clínico ___

NOMBRE DE LA EMPRESA: Red. Distrital centro oriente.
CARGO: Aux de facturacion

CONCEPTO DE VALORACIÓN MÉDICA

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGIA X CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR ___
APTO CON RESTRICCIÓN ___ TIPO DE RESTRIICCIÓN: ___

APLAZADO ___ PARA ___

NO APTO ___ POR ___
PUEDE CONTINUAR REALIZANDO SU LABOR ___
RETIRO
SATISFACTORIO ___
NO SATISFACTORIO ___ PORQUE? ___
PERIÓDICO
SATISFACTORIO ___
REQUIERE REUBICACION ___
RECOMENDACIONES Pausas activas, Higiene postural, Actividad física diaria

REMISIÓN A: ___

FIRMA PROFESIONAL: Dario Josué Granados
MEDICO SALUBRISTA OCUPACIONAL
Lic. No. 1537-2012 R.M. 10521774 Bta

FIRMA TRABAJADOR
C.C.: 52606632



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

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

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

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

FECHA:		CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
ORDOÑEZ	HERNANDEZ	DIANA	CAROLINA		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52656682	CUNDINAMARCA/VILLETA	2001-01-02
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1982-11-21	CUNDINAMARCA/VILLETA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) ☐	CASADO ☒	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	1	1	3182152112

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☒	TECNOLOGO ☐	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	CUAL:	CONTRATISTA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CRA 102 N 69 81 CASA 02	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	4589685

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
carito8211@gmail.com	NO APLICA	PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
QUINTERO	ROPERO	JEYNER	EUDALDO

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	88.278.276	NORTE DE SANTANDER/OCAÑCA	1991-05-09	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ ☐		NACIONALIDAD:	COLOMBIANO

Scanned by CamScanner

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

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

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐	NO ☒	CODIGOS C.I.I.U ACTIVIDAD ECONOMICA
			ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☐	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☐	# NIT	900.959.051

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CRA 5 # 33 A 45	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - FACTURADOR URGENCIAS	FECHA VINCULACION	2016-12-01

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	$ 400.000	AHORROS	$ 300.000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$ 1.620.000	ARRIENDOS	$ 500.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 420.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**$ 1.620.000**	TOTAL EGRESOS	**$ 1.320.000**	TOTAL ACTIVOS	**$ 300.000**	TOTAL PASIVOS	**$ 0**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A	N/A	N/A	N/A

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
RODRIGUEZ	LEON	BIBIANA	ESPERANZA
DIRECCION		**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CRA 82A N 7 29	BOGOTA/CUNDINAMARCA	AMIGA	3104581095

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORRO	4651870103400	PORTAL OCHENTA	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ SERVICIOS ☐ OTRO ☐ CUAL:

Scanned by CamScanner

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

MIS INGRESOS PROVIENE DEL DESARROLLO DE MIS PRESTACION DE SERVICON COMO APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - FACTURADOR URGENCIAS

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciais, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

Scanned by CamScanner

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

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

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

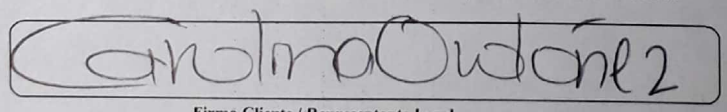
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por lc ESE y/o sus Unidades Prestados dc Servicios dc Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite dc solicitud dc vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor dc bienes y servicios. b) El proceso dc negociación dc contratos con la ESE y/o alguna dc sus Unidades Prestadoras dc Servicios dc Salud, incluyendo la determinacion dc tarifas y analisis y seleccion dc riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento dc contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago dc cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral dc los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento dc los requisitos para accedere a los servicios dc salud del Sistema General dc Seguridad Social en Salud. h) La elaboración dc estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis dc tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio dc información relativa a encuestas dc satisfacion dc clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad dc asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas dc Servicios dc Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento dc derechos y obligaciones derivados dc los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras dc Servicios dc Salud, tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso dc celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion dc contratos dc compra-venta dc bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras dc Servicios dc Salud adelantes gestiones dc para efecto dc la celebracion dc contratos dc seguros y/o reaseguros. c) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion dc bases dc datos para efectos dc la prevencion y control dc fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales dc mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular dc la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 dc 2008 y 1581 dc 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion dc bases dc datos para efectos dc la prevención y control del fraude, ***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento dc los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional dc los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Scanned by CamScanner

NIT - 805000427

CERTIFICADO DE AFILIACION A COOMEVA EPS

(NO VALIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS

USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)

La afiliada DIANA CAROLINA ORDOÑEZ HERNANDEZ identificada con CC-52656682 está vinculada al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE CABEZA DE FAMILIA y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse en las línea gratuita: 01 8000 930 779.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el dia Diciembre 13 de 2018.

Cordialmente,

Director Nacional De Operaciones

52656682

¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

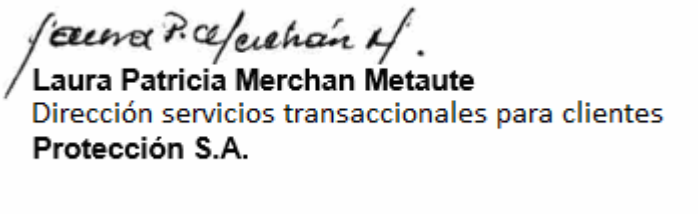
NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ORDONEZ HERNANDEZ DIANA CAROLINA** identificado(a) con **CC** número **52.656.682** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 09 de junio de 2003 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 13 de diciembre de 2018.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2018121315215

Medellín, 13 de diciembre de 2018

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

CERTIFICA:

Que DIANA CAROLINA ORDOÑEZ HERNANDEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 52656682 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 15/11/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

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

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C526566821834760746

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 13/12/2018 4.52 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119181886

WEB
15:17:11

Bogotá DC, 13 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIANA CAROLINA ORDOÑEZ HERNANDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52656682:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 13 de diciembre de 2018, a las 15:13:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52656682
Código de Verificación	526566821812131513338

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 P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2610164

Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 15:19 pm

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **DIANA CAROLINA ORDOÑEZ HERNANDEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y DOS** de VILLETA

52656682

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_L8721_1915
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:20:35 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **52656682**

Apellidos y Nombres: **ORDOÑEZ HERNANDEZ DIANA CAROLINA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

ISO 9001 ISO 14001 ISO/IEC 27001

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

24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co.

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **02/12/2018**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DIANA CAROLINA ORDONEZ HERNANDEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **52656682**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570451870103400**
Fecha de apertura	**10/04/2015**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA