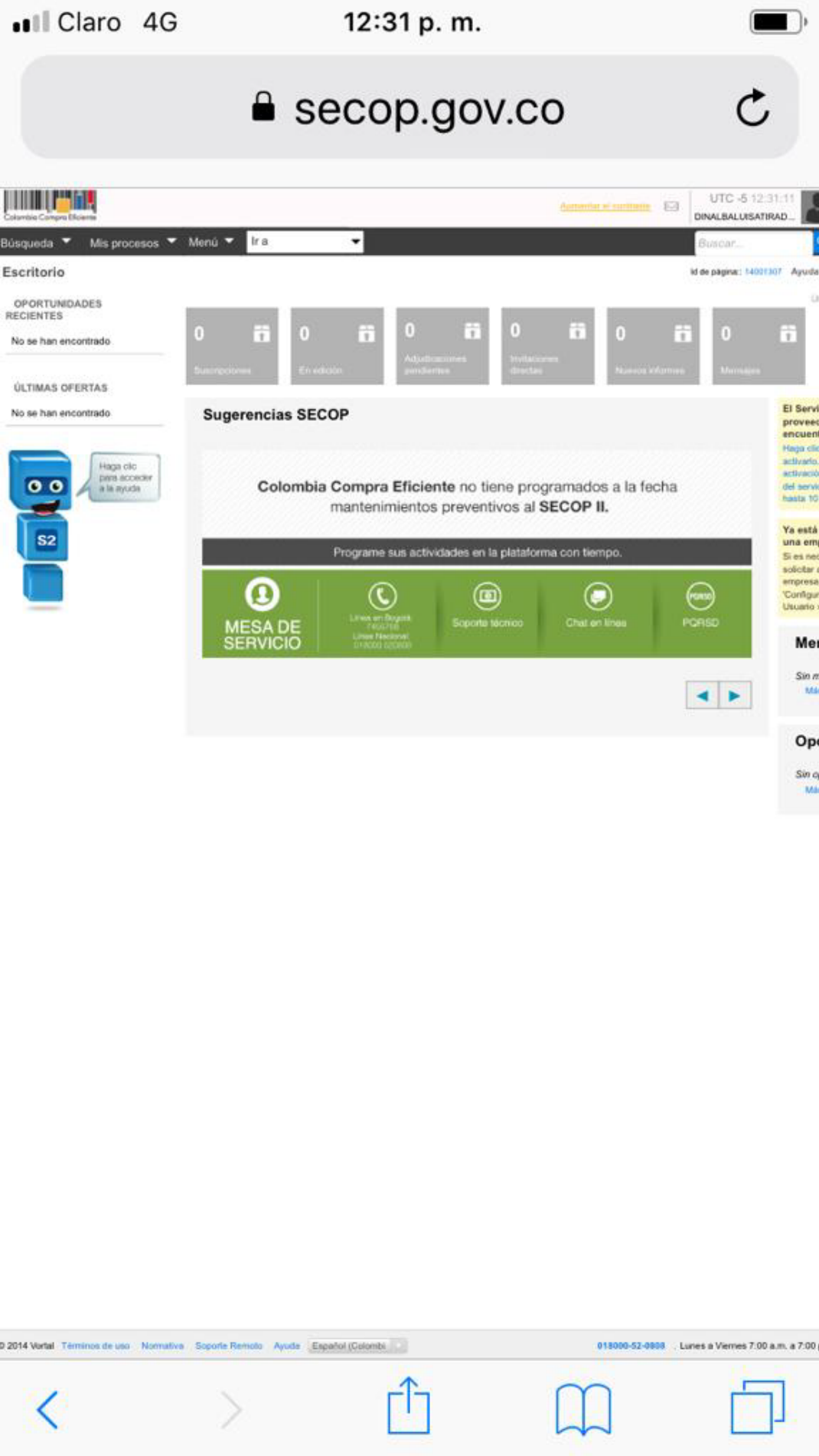



Claro 4G
12:31 p. m.
secop.gov.co
Colombia Compra Eficiente
UTC -5 12:31:11
DINALBALUISATIRAD...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio
Id de página: 14001307
Ayuda
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
Haga clic para acceder a la ayuda
S2
0
Suscripciones
0
En edición
0
Adjudicaciones pendientes
0
Invitaciones directas
0
Nuevos informes
0
Mensajes
Sugerencias SECOP
Colombia Compra Eficiente no tiene programados a la fecha mantenimientos preventivos al SECOP II.
Programe sus actividades en la plataforma con tiempo.
MESA DE SERVICIO
Línea en Bogotá
Línea Nacional
Soporte técnico
Chat en línea
PQRSD
El Servi
proveed
encuent
Ya está
una em
Si es ne
solicitar
empresa
'Configur
Usuario
Mer
Sin m
Ope
Sin o
2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombi
018000-52-0808
Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
TIRADO	DIAZ	DINALBA LUISA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 50904852

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 14 MES MAR AÑO 1974

PAÍS Colombia

DEPTO Córdoba

CIUDAD Ciénaga De Oro

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 58C 98 C 50

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5751800

EMAIL luisadinalba0314@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 1990
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	3	X		AUXILIAR DE FARMACIA Y DROGUERIA	5	2004	
TC	4	X		SECRETARIA EJECUTIVA	12	1992	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

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*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2971310	DIA 1 MES 8 AÑO 2016	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
APOYO EN FACTURACION	FACTURCION	KR 15 1 59 SUR HOSPITAL SANTA CLARA

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL LA VICTORIA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca		luisadinalba@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2971310	DIA 21 MES 11 AÑO 2006	DIA 31 MES 7 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
FACTURADOR	FACTURACION Y CARTERA	DG 39 SUR 3 20 ESTE

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
INSTITUTO MATERNO INFANTIL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca		

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2971310	DIA 1 MES 8 AÑO 1996	DIA 30 MES 8 AÑO 2006

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
DIGITADOR	FARMACIA	KRA 10 1 66

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	20	12
PRIVADO	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Secretaría Distrital De Salud

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

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	20	12

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO ___ 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.DC., 14/12/2018
Ciudad y fecha del diligenciamiento



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO 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
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DINALBA LUISA TIRADO DIAZ
IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 50904852 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CALLE 58C 98 C 50 **Teléfonos** 3142291501 5751800

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JOHAN SEBASTIAN PEREZ TIRADO	1031158369	HIJO(A)
LUISA FERANANDA PEREZ TIRADO	98062560170	HIJO(A)
NASLY TATIANA PEREZ TIRADO	1000336246	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	$ 15.600.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 15.600.000,00

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
DAVIVIENDA	AHORROS	008480294761	20 DE JULIO	$ 120.000,00

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

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:

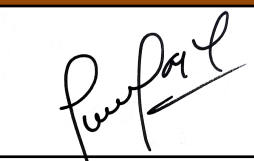
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
WILLIAM PEREZ RODRIGUEZ	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	3170203

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

y en su nombre

COLEGIO DEPARTAMENTAL MADRE BERNARDA

CIENAGA DE ORO - CORDOBA

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL,
SEGUN RESOLUCION No. 14228 DEL 4 DE OCTUBRE DE 1978

Confiere a

Dinalba Luisa Tirado Díaz

T.I. No. 740314 - 09415 de Ciénaga de Oro

el Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de educación media vocacional, según los planes y programas vigentes.

COLEGIO DEPARTAMENTAL DE BACHILLERATO
"MADRE BERNARDA"
CIENAGA DE ORO (CORD.)

Hna. Celia Bustamante
Rector

Ana Lucia Durango M.
Secretario

Expedído en Cienaga de Oro a 20 **de** Diciembre **de 19**90

Anotado al Folio 109 Libro de Registro No. 35

Secretario de Educación

10026

En Montería a 25 **de** Septiembre **de 19** 91

República de Colombia

Departamento de Córdoba

La Academia "Sinú"

Montería

Establecimiento de Educación no formal con licencia de iniciación de labores, Resolución N°001887 de diciembre 30 de 1981 de la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento de Córdoba.

Certifica

Que: DINALBA LUISA TIRADO DIAZ

Con Cédula de Ciudadanía N°. 50'904.852 de MONTERIA

Curso y aprobó los estudios correspondientes al curso de:

Secretaria Ejecutiva

Realizado del 10 de Enero de 1.991 al 11 de Diciembre de 1.992

Con una duración de 1920 horas

Expedido en Montería a los 11 días del mes de Diciembre de 1.992

El Director del Plantel

La Secretaria del Plantel

Coordinador de Educación no formal y de adultos,
Secretaría de Educación y Cultura.

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONFIERE A

DINALBA LUISA TIRADO DIAZ

CC.50.904.852

CERTIFICADO DE APTITUD PROFESIONAL

AUXILIAR DE FARMACIA Y DROGUERIA

RUTH YELITZA RUBIO GONZALEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO

Bogota D. C., 27 de Mayo de 2004
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
BC0232727

SERVICIOS A LA SALUD
CENTRO DE FORMACION

SGC2004CC00172 27/05/2004
No Y FECHA DE REGISTRO

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DE CORDOBA

COLEGIO DEPARTAMENTAL DE BACHILLERATO FEMENINO "MADRE BERNARDA"

Aprobado por Resolución No. 14228

Octubre 4 de 1.978.

Acta No.]

El día 20 de Diciembre de 1.990 en la ciudad de Ciénaga de Oro Departamento de Córdoba en el Colegio "Madre Bernarda" se celebró la proclamación de Bachilleres en la Modalidad Académica.

Se otorgó dicho titulo a: DINALBA LUISA TIRADO DIAZ.

con T. de I. No. 740314-09415 de Ciénaga de Oro.

El acto fué presidido por la Rectora: HNA. CILIA BUSTOS ARIZA y la Secretaria: ANA LUCIA DURANTE M.

GOBERNACION DE CORDOBA

Registrado para efectos legales de conformidad con el Decreto número 180 de Enero de 1.981, en el Libro de Registro de Diploma Número 35 folio No. 109.

Hoy 25 de Septiembre de 1.991

Jefe División Registros y Diplomas

Auxiliar de Registro.

Regional Distrito Capital

ACTA DE GRADO
No. y FECHA DE REGISTRO SGC2004CC00172 27/05/2004

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: **DINALBA LUISA TIRADO DIAZ** identificada con la Cédula de Ciudadanía No.50.904.852 de Monteria (cord.)

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL CERTIFICADO DE APTITUD PROFESIONAL

AUXILIAR DE FARMACIA Y DROGUERIA

REGISTRO No.SGC2004CC00172

En constancia de lo anterior se firma la presente en Bogota D. C. a los Veintisiete (27) días del mes de Mayo de Dos Mil Cuatro (2004)

RUTH YELITZA RUBIO GONZALEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO
CENTRO SERVICIOS A LA SALUD

F5-030

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

HACE CONSTAR QUE

DINALBA LUISA TIRADO DIAZ

CC.50.904.852

APROBO EL CURSO

FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

DURACION **420** HORAS

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO

Bogota D. C., 19 de Agosto de 2005
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

1779107

SERVICIOS A LA SALUD
CENTRO DE FORMACION

SGC2005CU00494 19/08/2005
No Y FECHA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

DINALBA LUISA TIRADO DIAZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 50.904.852

Cursó y aprobó el Módulo de Formación basado en competencias

ATENCION Y ORIENTACION DEL USUARIO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Con una duración de 220 Horas

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogota D. C. a los Veintiuno (21) días del mes de Marzo de Dos Mil Seis (2006)

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SGC2006CU00698 21/03/2006
No Y FECHA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

DINALBA LUISA TIRADO DIAZ

Con Cédula de Ciudadanía No. 50.904.852

Cursó y aprobó el Módulo de Formación basado en competencias

ADMISION DEL USUARIO EN LA RED DE SERVICIO DE SALUD

Con una duración de 250 Horas

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogota D. C. a los Veintiseis (26) días del mes de Abril de Dos Mil Seis (2006)

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SGC2006CU00736 26/04/2006
No Y FECHA DE REGISTRO

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DINALBA LUISA TIRADO DIAZ

Con Cedula de Ciudadania No. 50.904.852

Cursó y aprobó la acción de Formación

SERVICIO AL CLIENTE: UN RETO PERSONAL,

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Cali, a los quince (15) días del mes de mayo de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
WILLIAM ROSERO AGUILAR
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

WILLIAM ROSERO AGUILAR
SUBDIRECTOR
CENTRO DE ELECTRICIDAD Y AUTOMATIZACION INDUSTRIAL - CEAI
REGIONAL VALLE

12607850 - 15/05/2013
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 9227004994 68CC50904852C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

POLITECNICO DE COLOMBIA

Educación Informal de conformidad con el decreto 4904 de diciembre 16 de 2009, Registro Mercantil Nº 53494202, NIT: 900547030-4

HACE CONSTAR QUE:

DINALBA LUISA TIRADO DIAZ

Con Cédula de ciudadanía No. 50.904.852

CURSÓ Y APROBÓ EL

DIPLOMADO EN FACTURACIÓN EN SALUD

Con una intensidad horaria de cien (100) horas
MEDELLÍN – ABRIL 03 DE 2013

Registrado en el Libro de Actas Nº 0020130403-01
www.politecnicodecolombia.com

FIRMA Y CÓDIGO DE SEGURIDAD 130403A

La autenticidad de este documento puede ser verificada mediante solicitud al correo acreditación@politecnicodecolombia.com, indicando el Nº del libro de actas con el cual se registra el mismo.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DINALBA LUISA TIRADO DIAZ

Con Cedula de Ciudadania No. 50.904.852

Cursó y aprobó la acción de Formación

HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Pereira, a los dieciseis (16) dias del mes de julio de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
ROCIO LOPEZ ALZATE
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ROCIO LOPEZ ALZATE
SUBDIRECTORA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL RISARALDA

21872812 - 16/07/2014
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 930800776800CC50904852C.

Bogotá D.C Diciembre 14 de 2018

Señores:
SENA, COLEGIO MARIA BERNARDA, ACADEMIA SINÚ
_____
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, DINALBA LUISA TIRADO DIAZ, 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, SECRETARIA EJECUTIVA, AUXILIAR DE FARMACIA Y DROGUERIA
_____
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;



Firma _____

No. de documento: 50904852

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: CALLE 57C 98C - 50

Teléfono: 314 2291501

INSTITUTO MATERNO INFANTIL

Dependencia _____

LA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAL

C E R T I F I C A:

Que el (la) Señor (a) **DINALBA LUISA TIRADO DIAZ.** Identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No 50.904.862 de Montería,** presta sus servicios al Instituto Materno Infantil mediante Contrato de Trabajo a Término Indefinido desde **1 de agosto de 1998.** Actualmente desempeña el cargo de **DIGITADORA DE FARMACIA.**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado (a) a los **Once(11)** días del mes de **Febrero de 2003.**

Cordialmente,

ESTHER OCHOA MARIN
Jefe Departamento Personal

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital La Victoria

EL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DEL HOSPITAL LA VICTORIA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, TERCER NIVEL DE ATENCIÓN CON NIT 800197177-2

HACE CONSTAR

Que **DINALBA LUISA TIRADO DIAZ,** identificada con cédula de ciudadanía 50.904.852, ha prestado sus servicios como Apoyo en Facturación Autorizaciones en el Hospital La Victoria III Nivel, mediante las siguientes órdenes de prestación de servicio.

No. de Orden	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Termino de Ejecución	Honorarios mensuales
352/06	21/11/2006	20/01/2007	2 meses	$ 1.045.000
180/07	21/01/2007	30/04/2007	3 meses y 9 días	$ 1.045.000
794/07	01/05/2007	15/09/2007	5 meses y 15 días	$ 1.045.000
1835/07	16/09/2007	31/12/2007	3 meses y 15 días	$ 1.045.000
499/08	01/01/2008	31/12/2008	12 meses	$ 1.098.000
278/09	01/01/2009	30/09/2009	9 meses	$ 1.098.000
1373/09	01/10/2009	20/01/2010	3 meses y 20 días	$ 1.098.000
571/10	21/01/2010	31/08/2010	7 meses 10 días	$ 1.116.000
891/10	01/09/2010	31/12/2010	5 meses	$ 1.116.000
666/11	21/01/2011	30/09/2011	8 meses 10 días	$ 1.160.640
603/12	01/01/2012	31/12/2012	12 meses	$ 1.195.200
293/13	01/01/2013	31/12/2013	12 meses	$ 1.195.200
78/14	01/01/2014	31/12/2014	12 meses	$ 1.250.000
37/15	01/01/2015	EN EJECUCION	VIGENTE	$ 1.287.500

Esta modalidad de contratación es susceptible a prorrogarse mes a mes y está sujeta a disponibilidad presupuestal de la entidad. Para cualquier tipo de confirmación de datos comunicarse al teléfono No. 3725610 Ext. 322.

La presente no constituye certificación de cumplimiento o paz y salvo y se expide a solicitud del interesado a los dieciocho (18) días del mes de Marzo de dos mil quince (2.015).

Cordialmente,

ANDRES FELIPE TORRES RODRIGUEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

Elaborado Por: Yuri Andrea Siabato S.- Técnico en Contratación

Warad 04d bh

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 50.904.852

TIRADO DIAZ

APELLIDOS

DINALBA LUISA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-MAR-1974
CIENAGA DE ORO
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

27-NOV-1992 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00130520-F-0050904852-20081122 0006633150A 1 1220032966

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14381840697

(415)7707212489984(8020) 000001438184069 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 0 9 0 4 8 5 2 – 0

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico: 3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión iliquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3

26. Número de Identificación: 5 0 9 0 4 8 5 2

27. Fecha expedición: 1 9 9 2 1 1 2 7

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 1 6 9

29. Departamento: Córdoba 2 3

30. Ciudad/Municipio: Montería 0 0 1

31. Primer apellido: TIRADO

32. Segundo apellido: DIAZ

33. Primer nombre: DINALBA

34. Otros nombres: LUISA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA

39. Departamento: 1 6 9 Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio: 1 1 Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 57 C 98 C 50 BRR SANTA BARBARA SEC LOCALIDAD DE BOSA

42. Correo electrónico: luisadinalba@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1: 5 7 5 1 8 0 0 2 9 7 1 3 1 0

45. Teléfono 2: 3 1 4 2 2 9 1 5 0 1

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 3 2 0	2 0 1 5 1 2 2 0					4 1 1 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 2

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:

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: 2 0 1 6 0 7 1 5

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 16 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: TIRADO DIAZ DINALBA LUISA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 15-07-2016 09:11:27AM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 24-08-2016
Hora: 2:22:24 PM

CONTRIBUYENTE NIT 50904852-0 DINALBA LUISA TIRADO DIAZ

Información General

Dirección CL 57 C 98 C 50

Teléfonos 3142291501

Dirección electrónica luisadinalba@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 25/05/2007

Soporte Inscripción 9042854

Fecha Inicio Actividades 10/07/2006

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 7230-PROCESAMIENTO DE DATOS

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001092312

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA

CERTIFICADO DE INSCRIPCION



DINALBA LUISA

TIRADO DIAZ

C.C. E 50904852

AUXILIAR DE DROGUERIA

14.07 2006

Secretaría
SALUD

Resolución No 5499 de 22/06/2006

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) TIRADO DIAZ DINALBA LUISA Identificado(a) con CC número 50904852 expedida en MONTERIA - CORD solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE DROGUERIA otorgado por EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA el día 27/05/2004 y registrado en el libro XX Folio XX año XX Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a TIRADO DIAZ DINALBA LUISA identificado(a) con CC número 50904852 expedida en MONTERIA - CORD para desempeñarse como AUXILIAR DE DROGUERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **22/06/2006**
ORIGINAL FIRMADO POR
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS

CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS
Directora de Desarrollo de Servicios.

Bogotá, D.C. Julio 14/06
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Dinalba Tirado Diaz
CC. # 50904852 Monteria
Firma

Elaboro :Victor Sánchez
Reviso : Adriano Lozano

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:	2018/12/14	CIUDAD:	BOGOTA, D.C.	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMACA

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
TIRADO	DIAZ	DINALBA	LUISA

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	50904852	MONTERIA	1992-11-27
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	C			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1974-03-14	C DE ORO	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ VIUDO(A) ☐	3	3	3142291501

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CL 57 C 98 C 50	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	5751800

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
LUISADINALBA0314@GMAIL.COM	N/A	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
PEREZ	RODRIGUEZ	WILLIAM	

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	3170203	SILVANIA	1985-10-25
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL: N/A		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO ☐ ☐		NACIONALIDAD: N/A

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	7320	1220
		NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☒

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

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO X	SI ☐ NO ☑	SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

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

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CR 14 1B-45	3282828	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR FACTURACION	FECHA VINCULACION	2006-11-21

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	$ 1.550.000	GASTOS FAMILIARES	$ 1.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**$ 1.550.000**	TOTAL EGRESOS	**$ 1.000.000**	TOTAL ACTIVOS	**$ 0**	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 Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PEREZ	MONROY	AURORA	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
FUSA	FUSA	AMIGA	3123301165

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	*0008480294761	20 DE JULIO	3383838

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 ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐
CUAL: N/A

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.):

APOYO A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - FACTURACION DE 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 licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la 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 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

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

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

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

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

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

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 de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de 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:		

SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN SALUD OCUPACIONAL SEMESO

Dr. JORGE ENRIQUE BETANCOURTH PLAZA
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Registro. 10521868 Licencia. 11630.

EXAMEN MEDICO DE APTITUD LABORAL

INGRESO	✓	PERIODICO		EGRESO		T. ALTURAS	

Fecha:	13/11/2021
Nombre:	Smith Jesus Tirado Diaz
C.C:	1.090.485.524 EDAD: 44 años
Cargo:	Apoyo Logistico

Empresa: RIS Cuerpo Oriente.

Hacemos constar que en la fecha hemos examinado al aspirante suscrito del examen ocupacional solicitado por ustedes con el siguiente resultado de la valoración médica:

EXAMENES PRACTICADOS.

EXAMEN	SI	NO
MEDICO OCUPACIONAL	13/11/2021	
AUDIOMETRIA		
VISIOMETRIA		
ESPIROMETRIA		
OTROS		

LABORATORIO CLINICO.

CUADRO HEMATICO	GLICEMIA	:		mg/dl	TRIGLICERIDOS	:		mg/dl
COLES.TOTAL	:		mg/dl	HDL	:	mg/dl	LDL	:	mg/dl
P. DE ORINA	EKG				RX TORAX			
SEROLOGIA								

RESULTADOS DE LA VALORACION MÉDICA

APTO SIN RESTRICCIONES	✓	NO APTO	
APTO CON RESTRICCIONES		APTO PARA TRABAJO ALTURAS	

RECOMENDACIONES: CONTROL E.P.S USO E.P.P.

REMISION:

Se entrega certificado de APTITUD LABORAL. Señor(a) Trabajador (a) a partir de la fecha, usted cuenta con un mes para seguir y realizar las recomendaciones que son registradas en este documento por el Médico Ocupacional.

Dr. Jorge E. Betancourth P. Medico Especialista Salud Ocupacional Reg. 10521868 Lic. 11630-12-07

Medico Especialista.
Lic. No.

Trabajador
CC. 1090485524.

Scanned by CamScanner

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DINALBA LUISA TIRADO DIAZ identificado con CC 50904852 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios: **22/11/2001**

IPS Cotizante: **COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO CHICALA**

Categoría: **A**

Estado: **ACTIVO**

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig.	Estado
NASLY TATIANA PEREZ TIRADO	TI 1000336247	COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO CHICALA	BENEFICIARIO	30/05/2002	ACTIVO
BASTIAN SANTHIAGO SANTANA PEREZ	RC 1011243028	COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO CHICALA	BENEFICIARIO	22/01/2018	ACTIVO
WILLIAM PEREZ RODRIGUEZ	CC 3170203	COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO CHICALA	BENEFICIARIO	22/11/2001	ACTIVO
JOHAN SEBASTIAN PEREZ TIRADO	TI 95032204229		BENEFICIARIO	22/11/2001	CANCELADO
LUISA FERNANDA PEREZ TIRADO	CC 1022436640	COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO CHICALA	BENEFICIARIO	22/01/2018	ACTIVO

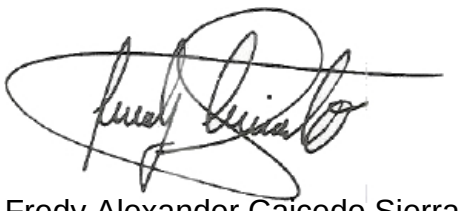
La presente solicitud se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE** , a los 14 días del mes de diciembre del año 2018 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **DINALBA LUISA TIRADO DIAZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **50904852,** se encuentra afiliado (a) desde **27/05/1993** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Vinculación Inicial	23	COLPENSIONES	01/06/1994	No Multivinculado
Traslado Aprobado de COLPENSIONES o a un Fondo de Pensión	5	HORIZONTE	01/10/1999	No Multivinculado
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/03/2011	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 14 de diciembre de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Medellín, 14 diciembre 2018

SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A
CERTIFICA:

Que la información detallada a continuación corresponde a lo que se encuentra registrado en los sistemas de la ARL SURA a la fecha 14/12/2018 09:55, con relación a la afiliación y cobertura de DINALBA LUISA TIRADO DIAZ identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA 50904852, afiliado en calidad de Trabajador Independiente Voluntario.

Fecha de Inicio de cobertura: 01/04/2018
Fecha de fin de cobertura:
Estado actual de la cobertura: EN COBERTURA
Código de ocupación: 1000
Descripción ocupación: Ind Afiliados por pagos
Clase de riesgo: 3
Porcentaje de cotización: 2,436

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: C509048521834835707

Atentamente,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Afiliaciones y Recaudos
Dirección IP:201.244.49.143,

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119200886

WEB
22:13:07

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) DINALBA LUISA TIRADO DIAZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 50904852:

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 22:14:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	50904852
Código de Verificación	509048521812132214 53

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. 2611589

Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 22:24 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) **DINALBA LUISA TIRADO DIAZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA MILLONES NOVECIENTOS CUATRO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS** de MONTERIA

50904852

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.

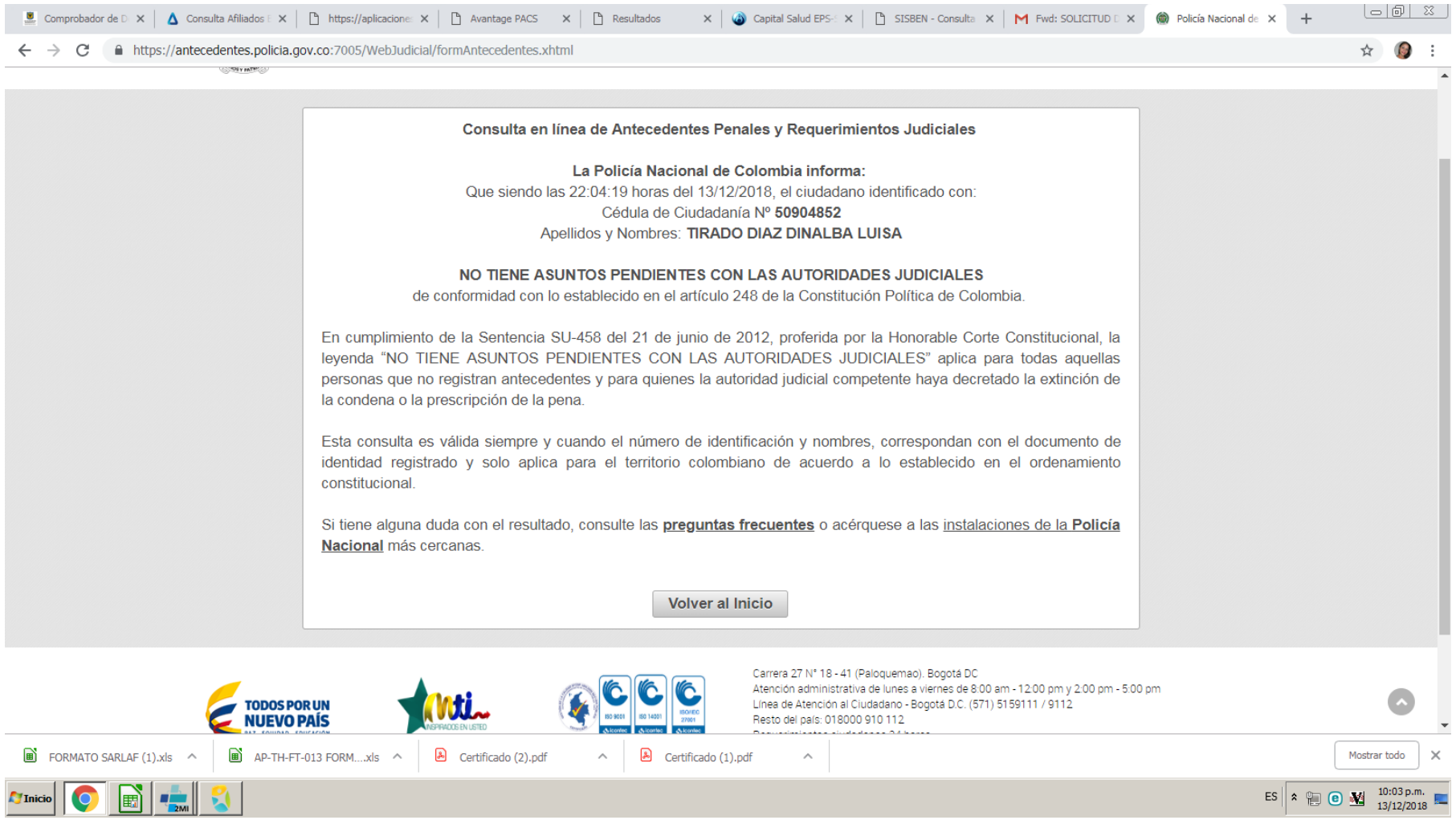
Certificado expedido sin costo alguno.

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_TRAK_2422
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios


https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml
Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales
La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 22:04:19 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 50904852
Apellidos y Nombres: TIRADO DIAZ DINALBA LUISA
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.
Volver al Inicio
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
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
FORMATO SARLAF (1).xls
AP-TH-FT-013 FORM....xls
Certificado (2).pdf
Certificado (1).pdf
Mostrar todo
Inicio
ES
10:03 p.m.
13/12/2018

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **13/12/2018**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora DINALBA LUISA TIRADO DIAZ** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **50904852**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

N#mero	**0570008480294761**
Saldo a la fecha	**293,050.36 Pesos**
Fecha de apertura	**09/01/2008**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA