



[Aumentar el contraste](#)



UTC-5 16:10:57

divia yahira arev...



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

0

0

0

Suscripciones

En edición

Adjudicaciones pendientes

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado



Haga clic para acceder a la ayuda

Sugerencias SECOP

Colombia Compra Eficiente no tiene programados a la fecha mantenimientos preventivos al **SECOP II**.

Programa sus actividades en la plataforma con tiempo.



MESA DE
SERVICIO



Línea en Bogotá
7456788
Línea Nacional
018000 520808



Soporte técnico



Chat en línea



PQRS

El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.

Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa

Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario' » Mis registros.

Mensaje Todos

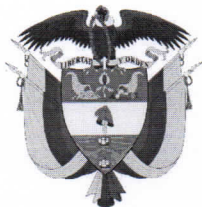
Sin mensajes...

[Más información](#)

Oportun Recibidas

Sin oportunidades

[Más información](#)



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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO AREVALO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) VELASQUEZ	NOMBRES DIVIA YAHIRA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52754528	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 14 MES DIC AÑO 1981 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 62 SUR NO 71 H 16 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7773056 EMAIL yadyarevalov@gmail.com

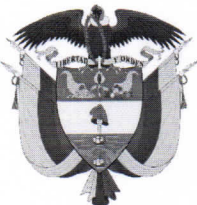
2

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 BÁSICA											TÍTULO BACHILLER ACADÉMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO		
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES AGOSTO	AÑO 2010



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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

3

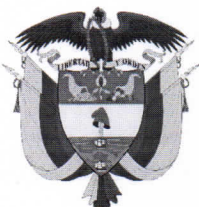
EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD subred integrada de servicios en salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD facturaciondianaturbay@subredcentrooriente.	
TELÉFONOS 2091480	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 8 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO Auxiliar de facturación	DEPENDENCIA facturación	DIRECCIÓN diagonal 34 # 5-43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E. SAN CRISTOBAL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2091480	FECHA DE INGRESO DÍA 13 MES 8 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 7 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE FACTURACION	DEPENDENCIA FACTURACION	DIRECCIÓN DIAGONAL 34 # 05-35	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD FUNDARRITMIA SS-UT	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3100450	FECHA DE INGRESO DÍA 14 MES 9 AÑO 2009		FECHA DE RETIRO DÍA 9 MES 5 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA ELECTROFISIOLOGIA	DIRECCIÓN CALLE 50 # 8-24	



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
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-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 E.S.E HOSPITAL SANTA CLARA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3282783	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 6 AÑO 2008		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2009
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA HEMODINAMIA	DIRECCIÓN CARRERA 15 # 1-59 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E HOSPITAL MEISSEN	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 7693131	FECHA DE INGRESO DÍA 4 MES 6 AÑO 2002		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2005
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA PEDIATRÍA, NEONATOS, URGENCIAS	DIRECCIÓN CALLE 60# 18 K 13	

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

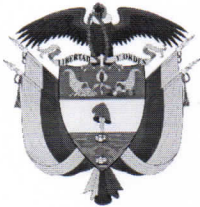
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	6	4
PRIVADO	4	7
PARTICULAR	0	0
TOTAL	10	12

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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

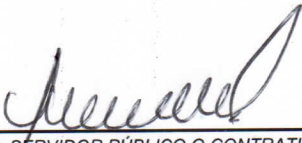
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-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

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DIVIA YAHIRA AREVALO VELASQUEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52754528 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CALLE 62 SUR NO 71 H 16

Teléfonos 3015501160 7773056

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
OMAR AREVALO	5933292	PADRE
MERCEDES VELASQUEZ	28786837	MADRE
LAURA VALENTINA SOTO	1024583438	HIJO(A)
PAULA ALEJANDRA SOTO	1024598101	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	\$ 16.200.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 800.000.000,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 816.200.000,00

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	008400734797	20 julio	\$ 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
-------------------	----------	-------

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
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

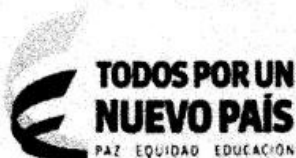
DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



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:

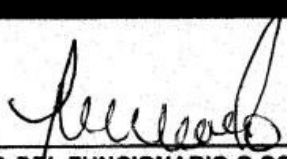
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

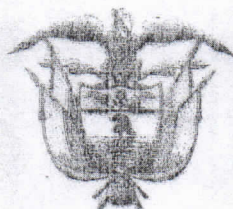
DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional y en su nombre el

Colegio Capacitación 2000

Aprobado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., según
Resolución No. 3543 del 06 de Noviembre de 2002.

Confiere a:

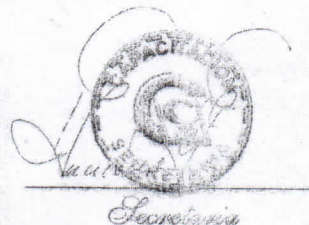
Arivaldo Velásquez Divina Yuliana

D. I. No. 53.754.528 de Bogotá

el título de:

Bachiller Académico

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



Libro de Control Interno No. 05

Folio No. 1210 Folio No. 01

Dado en Bogotá, D.C. el 11 de Agosto de 2012.

Nº Registro Registro de la Secretaría de Educación, Bogotá D.C.
391 del 6 de Mayo de 2012, del Gobierno Nacional



REPUBLICA DE COLOMBIA

Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud

"ESCOLSALUD"

(INSTITUTO DE EDUCACIÓN NO FORMAL)

Con Autorización Oficial según Resolución No. 181 del 10 de Noviembre de 1996 emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

Otorga al presente

CERTIFICADO DE TÉCNICO LABORAL A

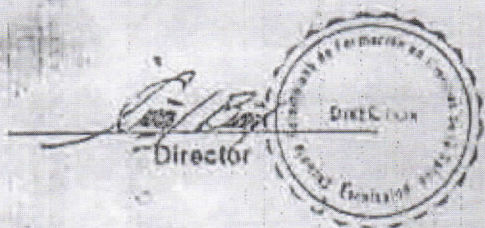
Divia Yahiria Grevalo Velasquez

C.C. 52.754.528 de BSA

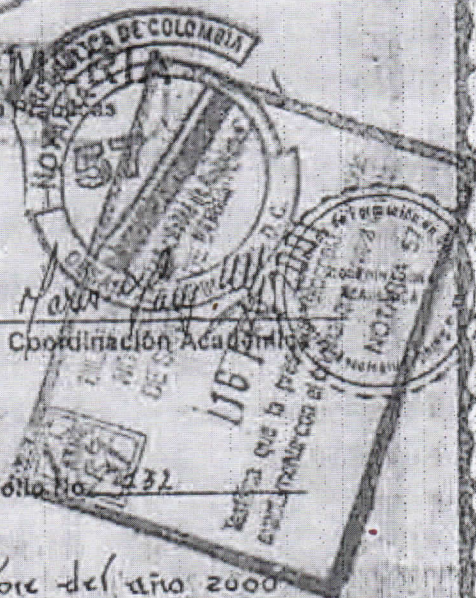
COMO

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Con una duración de 1.800 horas Teóricas Prácticas



Director



Coordinación Académica

Anotado al Acta No. 016

Folio No. 132

Santafé de Bogotá, D.C. a 15 de Diciembre del año 2000

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los Once (11) días del mes de Agosto de 2012 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos rector y secretaria en la Rectoría del Colegio CAPACITACION 2000, Institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de educación media académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. para otorgar el título de Bachiller Académico; según resolución No. 3543 del 06 de Noviembre de 2002.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación media académica, se procedió a otorgar el título de Bachiller Académico; al graduando, cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

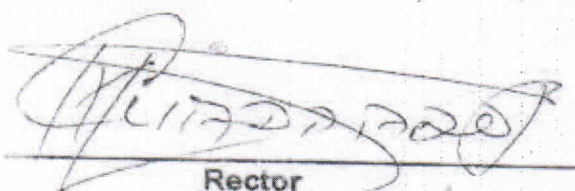
Arévalo Velásquez Divia Yahirra

D.I. No. 52.754.528 de Bogotá

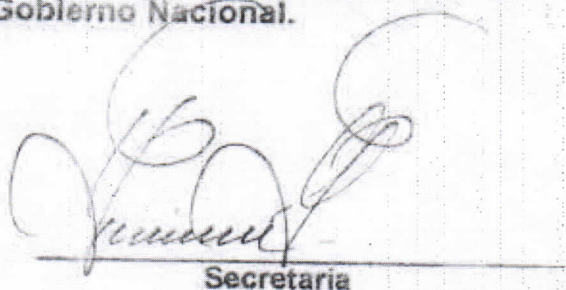
Es fiel copia tomada del acta Original General No. 1210 del 11 de Agosto de 2012. Consta de 63 alumnos; comienza con el nombre de AGUDELO DÍAZ JHON EDUARDO y cierra con el nombre de VIVAS HERNÁNDEZ JOHN JAIRO. Firmada por MIGUEL MARIANO CUADRADO PITALUA (Rector) y DELCY JANETH YEPES (Secretaria).

Dada en Bogotá, D.C. A los Once (11) días del mes de Agosto de 2012.

No requiere registro de la Secretaría de Educación según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; Gobierno Nacional.


Rector

C.C. 3.287.056 de Villavicencio


Secretaria

C.C. 64.548.748 de Sincelejo



ESCUELA COLOMBIANA DE FORMACIÓN EN CIENCIAS
DE LA SALUD
" ESCOLSAUD "

Instituto de Educación no Formal
Aprobación Oficial Resolución 4181 del 01-11-90 Secretaría Educación D.C.

ACTA DE GRADO

No. 019

En la ciudad de Santafé de Bogotá D. C. a los quince días del mes de Diciembre de 2000, se reunieron en las instalaciones de la Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud "ESCOLSAUD" los suscritos Director y Coordinadora Académica de la Institución, con el fin de formalizar la entrega de los certificados de "Técnico Laboral en Enfermería" al alumno (a) cuyo nombre, apellidos y documento de identificación se relaciona a continuación:

~~DONDE SE FIRMÓ EL ACTA DE GRADO~~
en 58' 754.528 de Bogotá

Por haber realizado y aprobado satisfactoriamente todos los objetivos del programa "Auxiliar de Enfermería" con una intensidad de 1.500 horas teóricas - Prácticas.

La presente acta queda registrada en el libro No. 04 del correspondiente libro de actas respectivas.

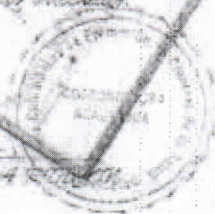
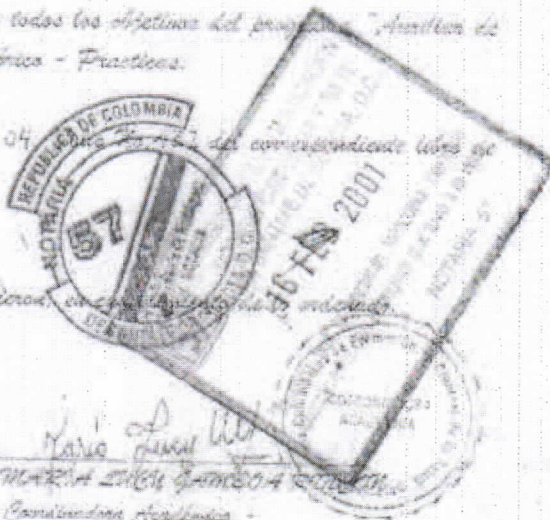
En consecuencia, se firma por los que en ella intervinieron, en conformidad con lo establecido.

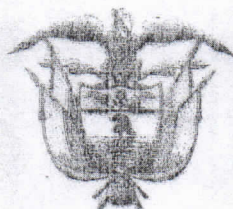

CARLOS GÁRGON JERMAL
Director

en 11' 500.751 de Bogotá




MARÍA LETICIA GAMBOA
Coordinadora Académica
en 51' 730.495 de Bogotá





La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional y en su nombre el

Colegio Capacitación 2000

Aprobado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., según
Resolución No. 3543 del 06 de Noviembre de 2002.

Confiere a:

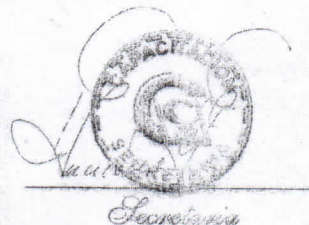
Arivaldo Velásquez Divina Yuliana

D. I. No. 53.754.528 de Bogotá

el título de:

Bachiller Académico

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



Libro de Control Interno No. 05

Folio No. 1210 Folio No. 01

Dado en Bogotá, D.C. el 11 de Agosto de 2012.

Nº. Registro: Registro de la Secretaría de Educación, Bogotá D.C.,
391 del 6 de Mayo de 2012, del Gobierno Nacional



REPUBLICA DE COLOMBIA

Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud

"ESCOLSALUD"

(INSTITUTO DE EDUCACIÓN NO FORMAL)

Con Autorización Oficial según Resolución No. 181 del 10 de Noviembre de 1996 emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

Otorga al presente

CERTIFICADO DE TÉCNICO LABORAL A

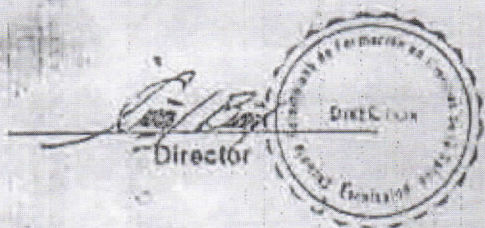
Divia Yahiria Grevaldo Velasquez

C.C. 52.754.528 de BZA

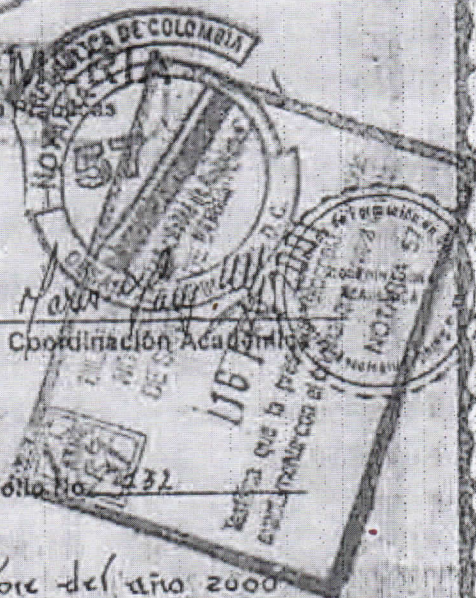
COMO

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Con una duración de 1.800 horas Teóricas Prácticas



Director



Coordinación Académica

Anotado al Acta No. 016

Folio No. 132

Santafé de Bogotá, D.C. a 15 de Diciembre del año 2000

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los Once (11) días del mes de Agosto de 2012 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos rector y secretaria en la Rectoría del Colegio CAPACITACION 2000, Institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de educación media académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. para otorgar el título de Bachiller Académico; según resolución No. 3543 del 06 de Noviembre de 2002.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación media académica, se procedió a otorgar el título de Bachiller Académico; al graduando, cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

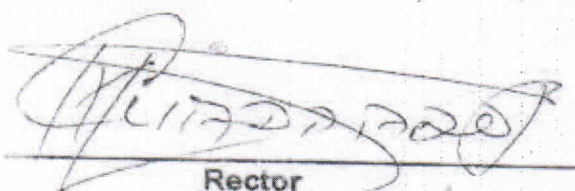
Arévalo Velásquez Divia Yahirra

D.I. No. 52.754.528 de Bogotá

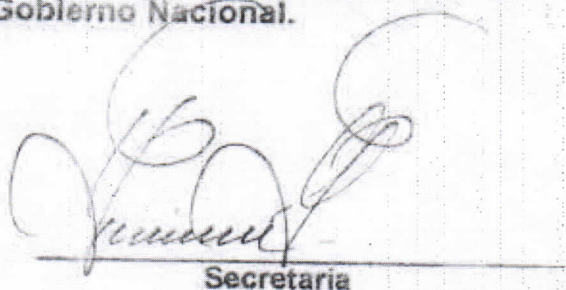
Es fiel copia tomada del acta Original General No. 1210 del 11 de Agosto de 2012. Consta de 63 alumnos; comienza con el nombre de AGUDELO DÍAZ JHON EDUARDO y cierra con el nombre de VIVAS HERNÁNDEZ JOHN JAIRO. Firmada por MIGUEL MARIANO CUADRADO PITALUA (Rector) y DELCY JANETH YEPES (Secretaria).

Dada en Bogotá, D.C. A los Once (11) días del mes de Agosto de 2012.

No requiere registro de la Secretaría de Educación según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; Gobierno Nacional.


Rector

C.C. 3.287.056 de Villavicencio


Secretaria

C.C. 64.548.748 de Sincelejo



ESCUELA COLOMBIANA DE FORMACIÓN EN CIENCIAS
DE LA SALUD
" ESCOLSAUD "

Instituto de Educación no Formal
Aprobación Oficial Resolución 4181 del 01-11-90 Secretaría Educación D.C.

ACTA DE GRADO

No. 019

En la ciudad de Santafé de Bogotá D. C. a los quince días del mes de Diciembre de 2000, se reunieron en las instalaciones de la Escuela Colombiana de Formación en Ciencias de la Salud "ESCOLSAUD" los señores Director y Coordinadora Académica de la Institución, con el fin de formalizar la entrega de los certificados de "Técnico Laboral en Enfermería" al alumno (a) cuyo nombre, apellidos y documento de identificación se relaciona a continuación:

~~DONDE SE FIRMÓ EL ACTA DE GRADO~~
en 55' 754.528 de Bogotá

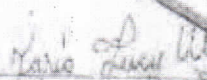
Por haber realizado y aprobado satisfactoriamente todos los objetivos del programa "Auxiliar de Enfermería" con una intensidad de 1.500 horas teóricas - Prácticas.

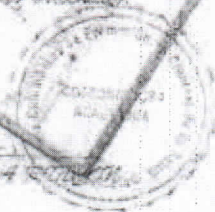
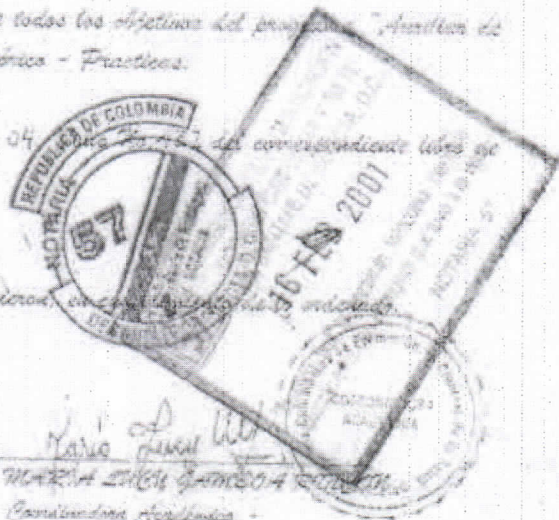
La presente acta queda registrada en el libro No. 04 del correspondiente libro de actas respectivas.

En consecuencia, se firma por los que en ella intervinieron, en conformidad con lo establecido.


CARLOS GÁRGÓN JARAMAL
Director -
en 11'500.751 de Bogotá




MARÍA LETICIA GAMBOA
Coordinadora Académica -
en 51'730.495 de Bogotá



Bogotá D.C

Señores:

Escuela Colombiana de Salud Escolsalud
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Divra yahir Arzulo Velazquez 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:

Tecnico Auxiliar de enfermería
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

[Firma manuscrita]

No. de documento:

52754528

Tarjeta profesional No:

52754528

Dirección de contacto:

Cll 62 Sur No 71 -H- 16

Teléfono:

7773056



HOSPITAL SANTA CLARA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT 860.020.188 - 1

EL AREA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA:

Que revisados los archivos de esta dependencia se constató que **AREVALO VELASQUEZ DIVIA YAHIRA**, Identificada con cédula de ciudadanía **52754528** de Bogotá, ha suscrito Contratos por Orden de Prestación de Servicios con esta institución desde el 16 de Junio de 2008. Los contratos suscritos han sido:

NºAS759/2008	del	16	al 30 de junio de 2008
NºAS852/2008	del	1	al 31 de julio de 2008
NºASI448/2008	del	1	de agosto al 31 de diciembre de 2008
NºAS030/2009	del	1	de enero al 30 de junio de 2009

El contrato actual NºAS030/2009 del 1 de enero al 30 de junio de 2009. Por valor de (\$6.172.848) siendo cancelados por honorarios promedio mensuales de (\$1.028.808) Cumpliendo con las actividades como **AUXILIAR ENFERMERIA** según el objeto del contrato hasta la fecha.

Se expide la presente certificación a los cinco (05) días del mes de mayo de dos mil nueve (2009) a solicitud de la interesada.


JOHN ALBERTO RAMOS CARDENAS
Profesional Especializado Talento Humano

Elaborado por Jhonnatan Prado

BOG

**BOGOTÁ
POSITIVO**

Carrera 15 No. 1-59 sur PBX 328 27 83 www.esesantaclara.gov.co Bogotá D.C. - Colombia

UNION TEMPORAL FUNDARRITMIA -SS UT
NIT: 900.258.113 - 7



Señores
PRODESA
Ciudad

CERTIFICACION LABORAL

Hago constar que la señora **DIVIA YAHIRA AREVALO VELASQUEZ**, identificada con C.C. No. 52.754.528 de Bogotá, es trabajadora de la **UNIÓN TEMPORAL FUNDARRITMIA - SS UT**, desde el 14 de septiembre del año 2009, desempeña el cargo de Auxiliar de Enfermería y tiene un salario mensual de un millón quinientos noventa y tres mil quinientos setenta y seis pesos M/te (\$1.593.576,00), recibe en forma adicional un Auxilio de Movilización que no constituye salario para ningún efecto por un monto de ciento cincuenta y tres mil seiscientos sesenta pesos M/te. (\$153.660,00), conforme al artículo 15 de la Ley 50 de 1990, artículo 128 del Código Sustantivo de Trabajo y artículo 17 de la Ley 344 de 1996.

Se expide a solicitud del interesado a los trece (13) días del mes de Septiembre del año dos mil trece (2013)

Atentamente,

LUISA FERNANDA RODRIGUEZ R.

Recursos Humanos
FUNDARRITMIA -SS UT

Calle 50 N° 8 - 24, Consultorio 203 Tel: 3100450 Bogotá D.C.
E-mail: ulfundarritmia-ss@netmail.com



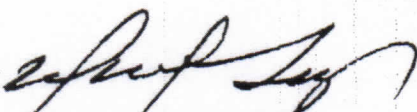
**LA SUSCRITA SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA
DEL HOSPITAL MEISSEN II NIVEL E.S.E.**

CERTIFICA QUE:

Revisados los archivos de la Institución, (E)la señor(a) **DIVIA YAHIRA AREVALO VELASQUEZ**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **52,754,528** de Bogotá, suscribió contrato de arrendamiento de servicios personales de carácter privado, desarrollando actividades de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con los siguientes términos de ejecución:

EJECUCION	VALOR
Del 04 al junio al 31 de julio de 2002	\$ 1,160,000
Del 01 al 31 de agosto de 2002	\$ 638,000
Del 01 de septiembre al 07 de octubre de 2002	\$ 522,000
Del 08 al 30 de octubre de 2002	\$ 319,000
Del 01 al 31 de diciembre de 2003	\$ 435,000
Del 02 de enero al 31 de marzo de 2004	\$ 3,227,700
Del 01 de abril al 30 de junio de 2004	\$ 2,327,250
Del 01 de julio al 15 de octubre de 2004	\$ 2,327,250
Del 16 de octubre de 2004 al 02 de enero de 2005	\$ 2,513,430
Del 03 de enero al 30 de marzo de 2005	\$ 3,382,270
Del 01 de abril al 30 de junio de 2005	\$ 2,792,700

Se expide la presente a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C., a los veintitres (23) días del mes de junio del año dos mil cinco (2,005)


MARLENE SIERRA PEREZ
Subdirectora Administrativa

COD - 01509
C.C. Archivo





CERTIFICAMOS

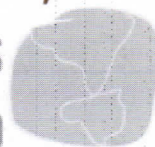
Que la señora, LEIDY ANDREA MONROY ACOSTA identificada con de cedula ciudadanía No. 1.023.942.020 de BOGOTA. Laboro en nuestra empresa desde el día 1 de septiembre hasta el 31 diciembre de 2013. Desempeñando el cargo de AUXILIAR DE TRAMITES.

Se expide la presente certificación en Santafé de Bogotá a los (18) dieciocho días del mes de noviembre de 2014

Atentamente.

JOSE WILLIAN VANEGAS RODRIGEZ
C.C. 79395640
JEFE INMEDIATO
3108995333

JUNTOS
TRABAJAMOS
POR UN MUNDO
AL DERECHO



LA ESE SAN CRISTOBAL

HACE CONSTAR

Que una vez revisados los archivos magnéticos que se encuentran en el área de contratación, se constata que **LEIDY ANDREA MONROY ACOSTA**, identificado(a) con la **CEDULA DE CIUDADANIA N°1023942020 de Bogotá**, suscribió con la ESE San Cristóbal los siguientes órdenes prestación de servicios, con total autonomía e independencia:

No de Contrato	Valor	Fecha Inicial	Fecha Final
No Contrato 4172-2014	\$ 440,000	2014-11-19	2014-11-30
OBJETO: APOYO Y SPORTE COMO DIGITADOR TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
No Contrato 4740-2014	\$ 1,100,000	2014-12-01	2014-12-31
OBJETO: APOYO Y SPORTE COMO DIGITADOR TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
No Contrato 493-2015	\$ 953,333	2015-01-05	2015-01-31
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO DIGITADOR TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
No Contrato 1267-2015	\$ 2,200,000	2015-02-01	2015-03-31
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO DIGITADOR TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
No Contrato 1736-2015	\$ 4,561,040	2015-04-01	2015-07-31
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO DIGITADOR TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
VALOR ADICIÓN		DIAS ADICIÓN	FIN ADICIÓN
\$ 2,280,520		DOS (02) MESES	2015-09-30
No Contrato 3300-2015	\$ 2,280,520	2015-10-01	2015-11-30
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO DIGITADOR TERRITORIAL PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
FECHA INICIO		DIAS DE SUSPENSIONES	MOTIVO
2015-10-01		25 DIAS	CIRUGIA
FECHA INICIO		DIAS DE SUSPENSIONES	MOTIVO
2015-10-26		29 DIAS	INCAPACIDAD MEDICA
No Contrato 747-2016	\$ 228,052	2016-01-25	2016-01-31
OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO DIGITADOR PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			
No Contrato 791-2016	\$ 228,052	2016-02-10	2016-02-15



CERTIFICAMOS

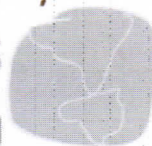
Que la señora, LEIDY ANDREA MONROY ACOSTA identificada con de cedula ciudadanía No. 1.023.942.020 de BOGOTÁ. Laboro en nuestra empresa desde el día 1 de septiembre hasta el 31 diciembre de 2013. Desempeñando el cargo de AUXILIAR DE TRAMITES.

Se expide la presente certificación en Santafé de Bogotá a los (18) dieciocho días del mes de noviembre de 2014

Atentamente.

JOSE WILLIAN VANEGAS RODRIGEZ
C.C. 79395640
JEFE INMEDIATO
3108995333

JUNTOS
TRABAJAMOS
POR UN MUNDO
AL DERECHO





NIT. 800216538-0

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO DIGITADOR PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.

Los contratos aquí relacionados, no generan relación Jurídico Laboral entre la Entidad y el Contratista, ni el reconocimiento de Prestaciones sociales, solo la ejecución y prestación de los servicios contratados.

Nota: La información antes relacionada de carácter contractual queda sujeta a las liquidaciones efectuadas o por efectuar, razón por la cual se le sugiere solicitar copia de ellas.

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C., el viernes 19 de febrero del 2016.

Cordialmente,

Virmary Angela Ortiz Herrera
Jefe Asesora Oficina Jurídica



GP-CER385677



CO-SC-CER385666



SC-CER-385666



BOGOTÁ
MEJOR PARA TODOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO: 52764528

APEVALO VELASQUEZ

APELLIDOS

DIXIA YAHIRA

NOMBRES



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-DIC-1981

BOGOTA D.C.
(GUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

02-FEB-2000 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-00689692-F-0052754528-20170317

0054318501G-1

9999314109

REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

 DIAN® <small>Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales</small>	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal	 MUSCA <small>Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado</small>	001
2. Concepto 02 Actualización Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario 14438770407	
		 <small>(415)7707212489984(8020) 000001443877040 7</small>	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5 2 7 5 4 5 2 8 - 1</div>		6. DV: 1 12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá	
		14. Buzón electrónico: 32	
IDENTIFICACION			
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 13	
26. Número de identificación: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5 2 7 5 4 5 2 8</div>		27. Fecha expedición: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2 0 0 0 0 2 0 2</div>	
Lugar de expedición: COLOMBIA		28. País: 169	
29. Departamento: Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.	
31. Primer apellido: AREVALO		32. Segundo apellido: VELASQUEZ	
33. Primer nombre: DIVIA		34. Otros nombres: YAHIRA	
35. Razón social:			
36. Nombre comercial:			
37. Sigla:			
UBICACION			
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C.	
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		41. Dirección principal: CL 62 SUR 71 H 16 BRR BARLOVENTO	
42. Correo electrónico: yadyarevalov@gmail.com		43. Código postal: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7 7 7 3 0 5 6</div>	
		44. Teléfono 1: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3 1 2 3 8 0 8 3 6 5</div>	
		45. Teléfono 2: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></div>	
CLASIFICACION			
Actividad económica		Ocupación	
46. Código: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8 2 1 1</div>		47. Fecha inicio actividad: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2 0 1 7 1 1 2 1</div>	
48. Código: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></div>		49. Fecha inicio actividad: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></div>	
50. Código: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1 2</div>		51. Código: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></div>	
		52. Número establecimientos: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></div>	
Responsabilidades, Calidades y Atributos			
53. Código: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1 2</div>			
Obligados aduaneros		Exportadores	
54. Código: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">11 12 13 14 15 16 17 18 19 20</div>		55. Forma: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></div>	
		56. Tipo: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></div>	
		Servicio: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1 2 3</div>	
		57. Modo: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></div>	
		58. CPC: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></div>	
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación			
Para uso exclusivo de la DIAN			
59. Anexos: SI ☐ NO ☒		60. No. de Folios: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div>	
61. Fecha: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2 0 1 7 1 1 2 1</div>			
La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada. Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013 Firma del solicitante:			
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre: MANRIQUE MONTES ELIZABETH 985. Cargo: Analista I			

12- Ventas régimen simplificado

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE



Fecha: 08/01/2019

CONTRIBUYENTE C.C. 52754528	DIVIA YAHIRA AREVALO VELASQUEZ
---------------------------------------	---------------------------------------

INFORMACIÓN BÁSICA			
Dirección: CL 62 SUR 71H 16	Teléfonos: 7773056		
Dirección electrónica: Yadyarevalov@gmail.com	Ciudad: BOGOTÁ, D.C.	Municipio: BOGOTÁ DC	
Fecha de Inscripción: 28/02/2018	Soporte Inscripción: -		

PERFIL TRIBUTARIO			
Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL	Régimen tributario: SIMPLIFICADO	Fecha desde: NO	
Matrícula Mercantil: NO	Fecha inicio de Actividades: 17/06/2013	Fecha de cese de Actividades: NO	No. Establecimientos: 0
Actividad 1: 8211 - Actividades combinadas de servicios administrativos de oficina			
Actividad 2:			
Actividad 3:			
Actividad 4:			
Actividad 5:			

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la
 Secretaría de Hacienda Distrital.
 Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD





SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4087000-4072406-3183832985-3115117029. NIT 900157744-0

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación:

Ingreso ☒

Periódico ☐

Retiro ☐

Post incapacidad ☐

Caso ocupacional ☐

Control ☐

Reubicación ☐

Ingreso al SVE ☐

Trabajo en alturas ☐

DATOS DEL PACIENTE

Fecha **18/11/2017 09:29:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **DIVIA YAHIRA AREVALO VELASQUEZ**

Cargo **FACTURACION**

Doc. Identidad **CC 52754528**



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO

SI NO NO APLICA FALTA INFORMACIÓN

Apto para el cargo	☒	☐	☐	☐
Aplazado	☐	☐	☐	☐
Apto con restricciones	☐	☐	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐	☐	☐
Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐	☐	☐
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	☐	☐	☐	☐
Apto para participar en la brigada	☐	☐	☐	☐
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	☐	☐	☐	☐

EXAMEN PERIÓDICO

SI NO

Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	☐	☐
Requiere restricciones de actividades	☐	☐
Requiere reubicación laboral temporal	☐	☐
Requiere reubicación laboral permanente	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐
EXAMEN DE RETIRO		
Sospecha de enfermedad Profesional	☐	☐
Secuelas de Accidentes de Trabajo	☐	☐
Enfermedad Común	☐	☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☒

REMISIÓN SI ☐ NO ☒ ARL SI ☐ NO ☒ EPS SI ☐ NO ☒

APTA PARA EL CARGO

SE RECOMIENDA:

*REALIZAR CAMBIOS DE POSICION FRECUENTEMENTE EN EL PUESTO DE TRABAJO.

*IMPLEMENTAR EL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS OSTEOMUSCULARES CON EL FIN DE DISMINUIR EL ESTRÉS,

Claudia Patricia Gonzalez Santamaria
Claudia Patricia Gonzalez Santamaria
Médico Especialista
Genética en Salud Ocupacional
Resolución 13.400

CLAUDIA PATRICIA GONZALEZ SANTAMARIA
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD
OCUPACIONAL
CC: 52503829 RM: RM894 LO11409

Trabajador: DIVIA YAHIRA AREVALO
CC 52754528

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica



SANTA ELENA SAS
Servicios Medicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4087000-4072406-3183832985-3115117029. NIT 900157744-0

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

LA FATIGA Y EL CANSANCIO ORIGINADOS POR LOS MOVIMIENTOS REPETITIVOS Y POSICIONES PROLONGADAS.

*CAPACITAR EN SEGURIDAD Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES LABORALES

*INGRESAR A LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PROPIOS DE LA EMPRESA,

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Cecilia Patricia Gonzalez Santamaria
Cecilia Patricia Gonzalez Santamaria
Médico especialista
Genética en Salud Ocupacional
Resolución 13409

CLAUDIA PATRICIA GONZALEZ SANTAMARIA
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD
OCUPACIONAL
CC: 52503829 RM: RM894 LO11409

Trabajador: DIVIA YAHIRA AREVALO
CC 52754528

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

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

FECHA: 13/DICIEMBRE/2018 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: AREVALO SEGUNDO APELLIDO: VELASQUEZ PRIMER NOMBRE: DIVIA SEGUNDO NOMBRE: YAHIRA

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACION: 52754528 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): BOGOTA FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 2000/02/02

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 1981-12-14 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): BOGOTA PAIS NACIMIENTO: COLOMBIA NACIONALIDAD: COLOMBIANA

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ CASA ☐ DIVOR ☐ DO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: 2 NUMERO DE HIJOS: 2 TELEFONO CELULAR: 3015501160

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ CUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA CONTRATISTA

DIRECCION RESIDENCIA: CALLE 62SUR 71H 16 CIUDAD RESIDENCIA: BOGOTA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA PAIS RESIDENCIA: COLOMBIA TELEFONO RESIDENCIA: 7773056

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

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ NUMERO IDENTIFICACION: LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD):

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☒ NACIONALIDAD: COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☒	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: <input type="text"/>				
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☐	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐					
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OIRA: <input type="text"/>						
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	ACTIVIDAD ECONOMICA <input type="text"/>		
		NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒			
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 ☒	SAUD ☐	# NIT	900.959.051		
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐	
OIRA ☐	CUAL: <input type="text"/>							
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAIS
CRA 5 # 33 A 45		3444484		BOGOTA		CUNDINAMARCA		COLOMBIA
CARGO ACTUAL		FACTURACION CONSULTA EXTERNA				FECHA VINCULACION		1899-12-31

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		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
PENSIONARIOS		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	\$ 0	TOTAL EGRESOS	\$ 0	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 Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VARELA		LINA	SOLANGIE
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CARRERA 10F BIS ESTE 19 25	BOGOTA	AMIGA	3138709559

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO	
		☒			
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 EXTRANJERA REALIZADAS:					
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIAS ☐	PRESTAMOS ☐	PAGO SERVICIOS ☐	OIRA ☐
CUAL: <input type="text"/>					

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):

POPOPOP

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 destinarán 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 (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 mí 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 últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. (Para Comerciantes)

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.

4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

NOTA: Todos los conceptos 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, CREDITICIA, 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 estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón 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 - 43, 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 prestación 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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 satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras 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 médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Pascolada, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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 harán 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de 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 consecuencia, 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 mí.

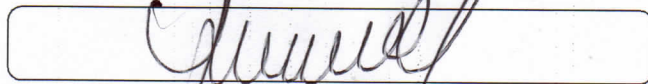
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal c) 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, teléfono 344 44 84, e-mail sarfla@subredcentroorientegov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientegov.co) en el Link " POLÍTICA 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 ME SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDADERA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice 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:	

Certificado de Afiliación

La Señora DIVIA YAHIRA AREVALO VELASQUEZ, identificada con Cédula Ciudadanía 52.754.528, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	DIVIA YAHIRA AREVALO VELASQUEZ	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Número de identificación:	52754528	Fecha de retiro:	
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Razón de estado:	PILA
Estado actual:	VIGENTES	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Dirección actual de residencia:	CALLE 62SUR NO 71H-16	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC
Teléfono actual de residencia:	7773056		

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
52754528	DIVIA YAHIRA AREVALO VELASQUEZ	01/08/2017	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
BENEFICIARIO	1024567891	RC	SARA JULIETA VERA SOTO	01/08/2017	VIGENTES		NIETO(A)
BENEFICIARIO	1024583438	CC	LAURA VALENTINA SOTO AREVALO	01/08/2017	VIGENTES		HIJO
BENEFICIARIO	1024592911	RC	SAMUEL VERA SOTO	01/08/2017	VIGENTES		HIJO
BENEFICIARIO	1024598101	CC	PAULA ALEJANDRA SOTO AREVALO	01/08/2017	VIGENTES		HIJO

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

Se firma y expide en Bogotá a los 13 días del mes de Diciembre de 2018, a solicitud del interesado.

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

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

CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro:

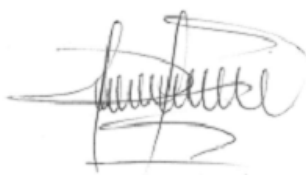
LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **DIVIA YAHIRA AREVALO VELASQUEZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **52754528**, se encuentra afiliado (a) desde **29/12/2003** 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	10	CITI COLFONDOS	07/06/2002	
Asignado por multivinculación por Decreto 3995/2008	23	COLPENSIONES	29/12/2003	Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en COLPENSIONES

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.



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909403, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	52754528	DIVIA YAHIRA AREVALO VASQUEZ	SAN CRISTOBAL-ASISTENCIAL CONTRATO	3	2.436%	01/08/2016		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 13 de Diciembre del año 2018.

Firma Representante Legal

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119242209



WEB

19:37:07

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 14 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) DIVIA YAHIRA AREVALO VELASQUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52754528:

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.

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 viernes 14 de diciembre de 2018, a las 19:39:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52754528
Código de Verificación	52754528181214193923

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





Bogotá D.C., 14 de Diciembre de 2018 - 19:42 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **CINCUENTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTIOCHO**

52754528

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 figuren 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 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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_PH7VH_4219**

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 19:24:03 horas del 14/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 52754528

Apellidos y Nombres: AREVALO VELASQUEZ DIVIA YAHIRA

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.



Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao), Bogotá D.C.
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.



CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

13/12/2018

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DIVIA YAHIRA AREVALO VELASQUEZ** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **52754528**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	0550008400734797
Saldo a la fecha	11,784.50 Pesos
Fecha de apertura	10/08/2015

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA