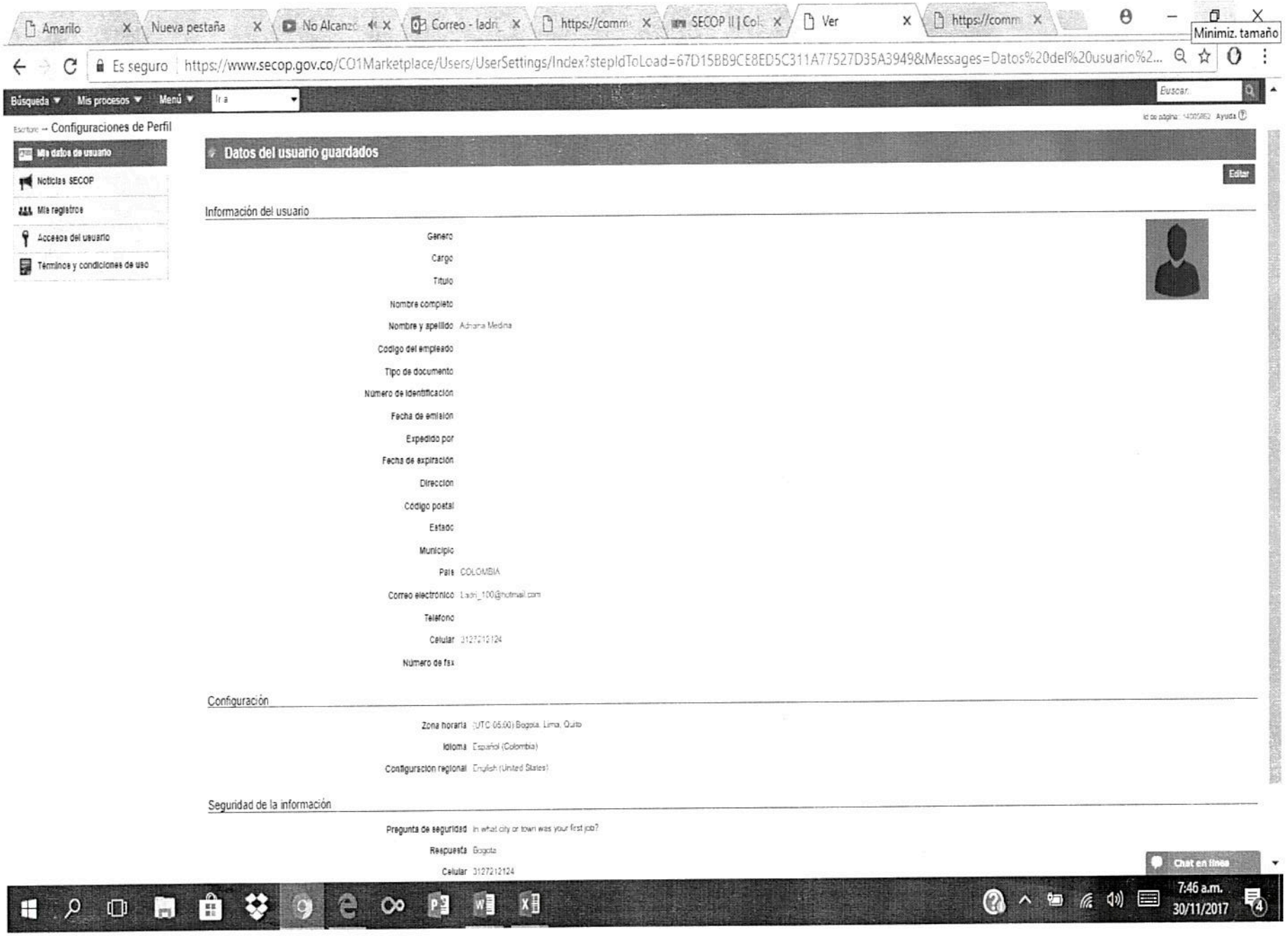

Amarillo
Nueva pestaña
No Alcanz
Correo - ladri
https://comm
SECOP II | Col
Ver
https://comm
Minimiz. tamaño
Es seguro
https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?stepIdToLoad=67D15BB9CE8ED5C311A77527D35A3949&Messages=Datos%20del%20usuario%2...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar
Escritorio → Configuraciones de Perfil
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Datos del usuario guardados
Editar
Información del usuario
Genero
Cargo
Titulo
Nombre completo
Nombre y apellido Adriana Medina
Codigo del empleado
Tipo de documento
Número de identificación
Fecha de emisión
Expedido por
Fecha de expiración
Dirección
Código postal
Estado
Municipio
Pais COLOMBIA
Correo electrónico Ladri_100@hotmail.com
Teléfono
Celular 3127212124
Número de fax
Configuración
Zona horaria (UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito
Idioma Español (Colombia)
Configuración regional English (United States)
Seguridad de la información
Pregunta de seguridad In what city or town was your first job?
Respuesta Bogota
Celular 3127212124
Chat en línea
7:46 a.m.
30/11/2017

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Medina	Moreno	Adriana Lucia

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1049612354

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 11 MES 05 AÑO 1988

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

MUNICIPIO Tunja.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Carrera 15 #136-26

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogotá D.C.

TELÉFONO 3127212129 EMAIL ladri_10@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11
										X

TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Académico

FECHA DE GRADO: MES 12 AÑO 2004

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	12	X		Medico Cirujano	07	2011	75501
ES	6	X		Pediatra	04	2017	75501

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital de la Misericordia		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá DC	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 01 MES 06 AÑO 2017	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Pediatra U	UCIP	Av Caracas # 1-65

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Centro Policlinico del Olivo		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá D.C	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 05 MES 02 AÑO 2016	DÍA 05 MES 02 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Pediatra	UCIP / Adopciones	Cra 21 # 22-68 Of

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
San Jose Infantil		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá D.C	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 01 MES 10 AÑO 2016	DÍA 30 MES 07 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Pediatra	UCIP	Cra 52 # 67 a 71

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrado Servicios Centro Oriente	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá DC	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA 01 MES 06 AÑO 2017	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Pediatra	UCIP	Cra 14B - 1-45 SUR

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	5
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá - 30 Noviembre 2018

Adriana Medina

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Adriana Lucia Medina Moreno

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1049612354 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Cundinamarca	Bogotá D.C

Dirección: Cra 15 #136-26 Teléfonos: 3127212124

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Sara Valeria Santana Medina.	RC 1016602240	Hija

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 5°, DE LA CONSTITUCION 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 LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	1510000.00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 1510000.00

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	550450700074948	Norte	5000.00
Banco Bogotá	Ahorros	102683463	Sur	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Automovil	Volkswagen Jetta	70'000.00

EMPLEADOR O CONTRATANTE

UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

EN ATENCIÓN A QUE:

ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1.049.612.354 EXPEDIDA EN TUNJA

CUMPLIÓ CON LOS REQUISITOS LEGALES Y ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN.
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

DADO EN BOGOTÁ D.C., REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL DÍA 26 DE ABRIL DE 2017

RECTOR

DIRECTOR DE POSTGRADOS

PRESIDENTE DE EL CONSEJO DIRECTIVO

DIRECTOR DEL PROGRAMA

SECRETARIO GENERAL

Personería Jurídica Resolución No. 11132 del 4 de agosto de 1978 expedida por el Ministerio de Educación Nacional

16622

Registro 17130 Folio 983 Vigilado Mineducación

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA

PERSONERÍA JURÍDICA: RESOLUCIÓN NO.11153 DE 1978 Y UNIVERSIDAD:
RESOLUCIÓN NO. 327 DE 1997, DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

EN ATENCIÓN A QUE:

ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO

C. C. No. 1.049.612.354 Expedida en Tunja

CUMPLIÓ CON LOS REQUISITOS LEGALES Y ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

MÉDICO CIRUJANO

DADO EN BOGOTÁ, D.C., REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL DÍA 26 DE JULIO DE 2011

RECTOR

PRESIDENTE DEL CLAUSTRO

PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

DECANO

SECRETARIO GENERAL

REGISTRO: 6183 FOLIO: 361

00880

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica: Resolución No. 11153 de 1978 Reconocimiento institucional como Universidad: Resolución No. 327 de 1997 del Ministerio de Educación Nacional.
Vigilada Mineducación

ACTA DE GRADO

El Consejo Directivo de la Universidad El Bosque, en su sesión del día 26 de abril del año 2017, según consta en el Acta No. 1110 y Acuerdo No. 14642 de la misma fecha, estudió y aprobó la solicitud del aspirante a grado, alumno (a)

ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO
C.C. No. 1.049.612.354 DE TUNJA

quien cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos académicos y legales exigidos por la Institución, motivo por el cual autorizó se le otorgue el título de:

ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

En la Secretaría General de la Universidad el día veintiseis (26) de abril del año 2017, se le hace entrega del diploma No. 16622, el cual aparece registrado con el No. 17180, al folio 983 del libro de registro de títulos de la Universidad, correspondiente al año 2017.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de acta de grado, en Bogotá, D.C, a los veintiseis (26) días del mes de abril del año dos mil diecisiete (2017).

RAFAEL SÁNCHEZ PARÍS
RECTOR

LUIS ARTURO RODRÍGUEZ BUITRAGO
SECRETARIO GENERAL

No. 129511

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA

Personería Jurídica: Resolución No.11153 de 1978 Reconocimiento institucional como Universidad: Resolución No. 327 de 1997 del Ministerio de Educación Nacional.

ACTA DE GRADO

El Consejo Directivo de la Universidad El Bosque, en su sesión del día 13 de julio del año 2011, según consta en el Acta No. 965, y Acuerdo No. 10717 de la misma fecha, estudió y aprobó la solicitud del aspirante a grado, alumno (a)

ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO
C.C. 1.049.612.354 de Tunja

quien cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos académicos y legales exigidos por la Institución, conforme al concepto previo emitido por el Consejo Académico, motivo por el cual autorizó se le otorgue el título de:

MÉDICO CIRUJANO

En ceremonia solemne del día 26 de julio del año 2011, se le hace entrega del diploma No. 00880, el cual aparece registrado con el No. 6183, al folio 361, del libro de registro de títulos de la Universidad, correspondiente al año 2011.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de Acta de grado, en Bogotá, D. C., a los veintiséis (26) días del mes de julio del año dos mil once (2011).

CARLOS FELIPE ESCOBAR ROA
RECTOR

LUIS ARTURO RODRIGUEZ BUITRAGO
SECRETARIO GENERAL

Personería Jurídica Resolución No. 11153 de 1978 Ministerio de Educación Nacional

No. 085238

UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

EL DEPARTAMENTO DE SIMULACIÓN CLÍNICA -
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN REANIMACIÓN CARDIOCEREBROPULMONAR
AVALADO POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION

CERTIFICA QUE

ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO

Asistió al curso de

Reanimación Avanzada Pediátrica PALS Proveedor

Con una duración de un (1) crédito académico.

Bogotá D.C., Agosto14 y 15 de 2015

Dr. Luis Carlos Maya
Director de Curso

Dra. Claudia Cifuentes Aya
Coordinadora de Curso

Bogotá D.C

Señores:

Universidad El bosque

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Adriana Lucia Medina Moreno 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:

Psicóloga

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Adriana Medina

No. de documento: 1044612385

Tarjeta profesional No: 1044612385

Dirección de contacto: Cra 15 #136-26

Teléfono: 3127212

LA GERENCIA DE TALENTO HUMANO

DE LA FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA
NIT 899.999.123-7

HACE CONSTAR

GTH- 357-17

Que la Doctora **MEDINA MORENO ADRIANA LUCIA,** identificada con cédula de ciudadanía No 1.049.612.354, presta sus servicios profesionales en nuestra institución como PEDIATRA a través de un contrato a término indefinido desde 08 de MAYO de 2017, percibiendo un salario integral mensual por la suma de: ONCE MILLONES CIENTO SETENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE. ($11.177.367).

Adicionalmente la Doctora **MEDINA** recibe el siguiente auxilio no constitutivo de salario en cuantía de: UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE, ($1.346.243) Por concepto de alimentación y UN MILLON CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS DIEZ PESOS M/CTE, ($1.476.610) Por concepto de rodamiento.

Se expide a solicitud del interesado a los (13) días del mes de Septiembre del año 2017.

Cordialmente,

PAOLA PULIDO BAUTISTA
Gerente de Talento Humano

CERTIFICACION

El suscrito Representante Legal del Centro Policlínico del Olaya – C P O S. A., certifica que la Doctora **ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO,** identificada con cédula de ciudadanía número 1.049.612.354 de Tunja, prestó sus servicios profesionales independientes sin relación laboral en nuestra institución desde el 05 de febrero de 2.016 hasta el 05 de febrero de 2.017 como **MEDICO PEDIATRA**, con un promedio de honorarios mensuales de Cinco Millones Setecientos sesenta mil pesos M/cte. ($5.760.000.oo)

La presente se expide a solicitud de la interesada a los veinticuatro (24) días del mes de febrero de dos mil diez y siete (2.017).

Atentamente,

SONIA PATRICIA CASTRO ZARATE
REPRESENTANTE LEGAL
CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA - C.P.O S.A.

OUTSOURCING Y TEMPORALES S A S
NIT: 830.091.033-3
CERTIFICA A QUIEN INTERESE

Que la Doctora **MEDINA MORENO ADRIANA LUCIA** identificada con cédula de ciudadanía **Nº 1049612354** se encuentra vinculado laboralmente en el cargo de Médico Pediatra bajo la modalidad de contrato por obra o labor con las siguientes vinculaciones:

Fecha de Ingreso:

01/10/2016 a la fecha vigente

Con un ingreso mensual discriminado así:

Salario Básico Variable	$	1,411, 966
Anticipo de Vacaciones	$	58,738
Anticipo de Prima	$	124,542
Auxilio de Trasporte Especial	$	210,872
Ajuste de Transporte	$	83,140
Auxilio de Salud	$	210,872
Auxilio de Vivienda	$	210,872
Auxilio de Educación	$	210,872
Total	$	**2,564,233**

La presente se expide a solicitud del interesado a los (14) días del mes de Febrero 2017

Cordialmente,

SORAIDA PINEDA VALENCIA
Directora Operativa.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.049.612.354

MEDINA MORENO
APELLIDOS

ADRIANA LUCIA
NOMBRES

Adriana Medina
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-MAY-1988

TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

10-JUL-2006 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0700100-00325624-F-1049612354-20110823 0027814509A 1 37118606

DIAN®

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14301488952

(415)7707212489984(8020) 000001430148895 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 4 9 6 1 2 3 5 4	8	Impuestos y Aduanas de Tunja 2 0	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Numero de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de ciudadania 1 3	1 0 4 9 6 1 2 3 5 4	2 0 0 6 0 7 1 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MEDINA	MORENO	ADRIANA	LUCIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACION

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

41. Dirección principal

CR 2 35 A 39 BRR LA PRADERA

42. Correo electrónico	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
ladri_100@hotmail.com		3 1 2 7 2 1 2 1 2 4	3 0 0 4 3 5 0 3 5 3

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. Numero establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 1 0 6 0 1					1 4 1 9	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

Usuarios aduaneros

54. Código

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 4 0 7 1 2

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 MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA

985. Cargo Gestor II

Fecha generación documento PDF: 24-04-2015 02:39:29P

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

Fecha: 18 -05 - 2017
Hora: 11: 22: 58 AM

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 1049612354 ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO

Información General

Dirección KR 2 - 35ª - 39

Teléfonos 3127212124

Fax 3004350353

Información de Registro

Fecha Inscripción 19/03/2013
Soporte de Inscripción 15363258
Fecha Inicio Actividades 01/06/2011

Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
 # Establecimientos

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86211 – ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGASN DEL SISTEMA GENERAL DE } SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera

Código de Verificación de Información: 17001966247

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

Libertad y Orden

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

Registro No.
11 10452/2012

Profesión u Ocupación

MÉDICO

Nombres y Apellidos

MEDINA MORENO ADRIANA LUCIA

C.C. o C.E.
CC 1049612354

De
TUNJA

Institución de Educación
E.COL.MEDICINA

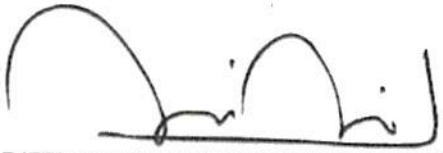
Ciudad
BOGOTÁ, D.C.

Código **75501/11**

Fecha de Expedición **27/12/12**

FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O SU DELEGADO



ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007. SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.

CON BASE EN LOS DECRETOS 1465 DE 1992 Y 4107 DE 2011, QUE SEÑALAN LAS FUNCIONES DEL CREADO MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, LEY 1444 DE 2011.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

ADRIANA LUCÍA
MEDINA MORENO
C.C. 1049612354

MEDICO(A)

Expedicion 17/10/2012

Identificación Plastica S.A.

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Resolución No 10452 *de* 02/10/2012

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 0833 de septiembre de 2000, expedida por el Secretario Distrital de Salud y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MEDINA MORENO ADRIANA LUCÍA identificado(a) con CC número 1049612354 expedida en TUNJA ha solicitado autorización del ejercicio profesional como MEDICO(A), según título que le otorgó la LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE el día 26/07/2011, acta de grado No.965, Diploma No. 880 y registrado en el libro 6183 Folio 361 año 2011

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en y en HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - localizada en Bogota D.C., durante el periodo comprendido entre 08/08/2011 y 07/08/2012

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante ésta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;
Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

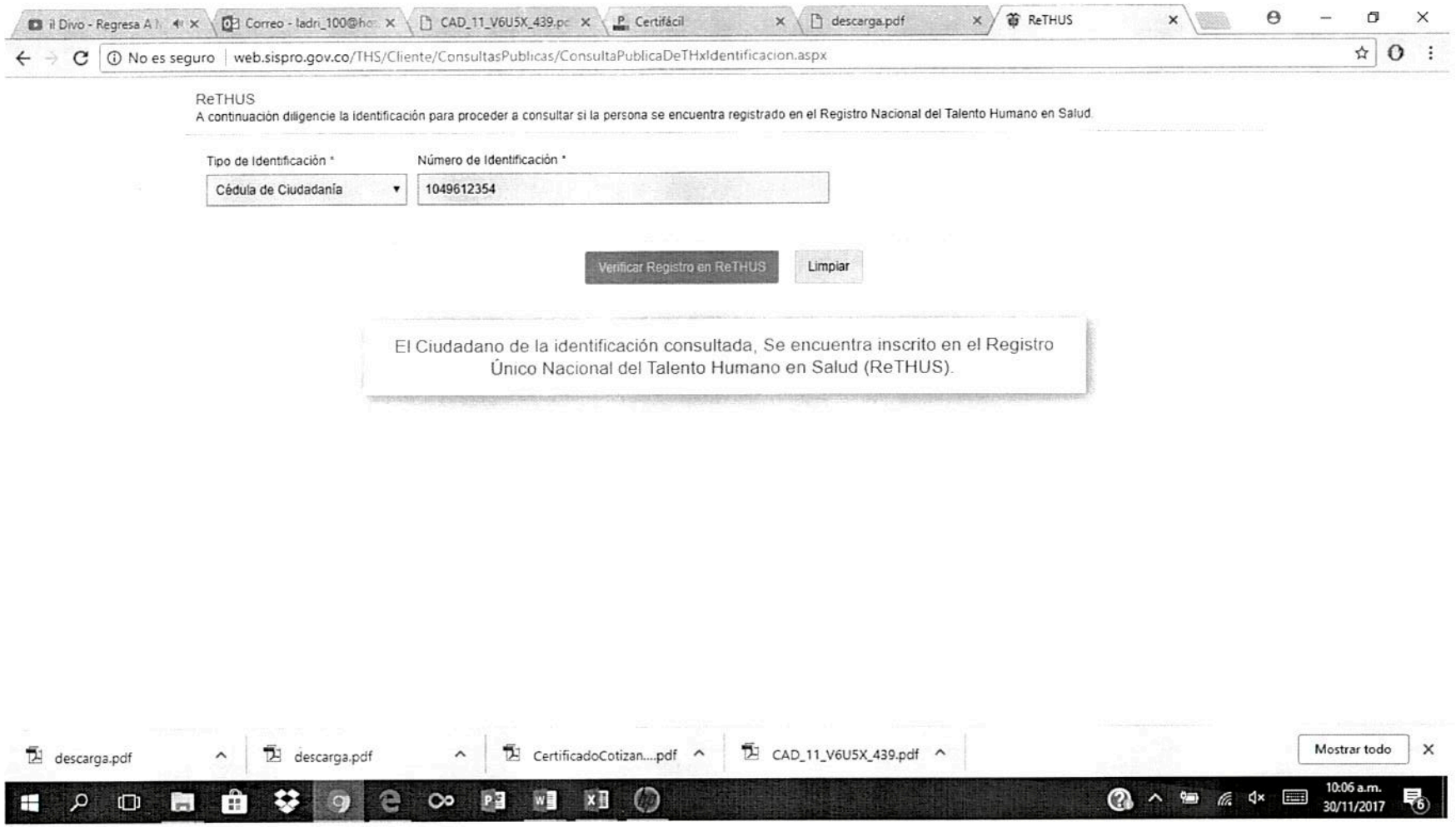
ARTICULO PRIMERO: Autorizar a MEDINA MORENO ADRIANA LUCÍA identificado(a) con CC número 1049612354 expedida en TUNJA para ejercer la profesión de MEDICO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 02/10/2012

Original firmado Por
IVÁN JAIRT GUARIN MUÑOZ
Director de Desarrollo de Servicios

Bogotá, D.C. 17 OCT 2012
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) ADRIANA MEDINO
CC. # 1049612354
Firma


il Divo - Regresa A
Correo - ladri_100@ho
CAD_11_V6U5X_439.pc
Certifácil
descarga.pdf
ReTHUS
No es seguro
web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx
ReTHUS
A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.
Tipo de Identificación *
Cédula de Ciudadanía
Número de Identificación *
1049612354
Verificar Registro en ReTHUS
Limpiar
El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).
descarga.pdf
descarga.pdf
CertificadoCotizan....pdf
CAD_11_V6U5X_439.pdf
Mostrar todo
10:06 a.m.
30/11/2017

C-74

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Etica Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Etica Médica, no se encontró que contra la doctora **ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO,** identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.049.612.354 de Tunja y tarjeta profesional No. 11 10452/2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Se aclara que por ser este un Tribunal de Segunda Instancia, la información anterior no incluye la totalidad de la que se halla contenida en los Tribunales Seccionales.

Dada en Bogotá, D. C., a los veintiséis (26) días del mes de enero de dos mil dieciséis (2016) a solicitud de la interesada.

JUAN JOSE MENDOZA-VEGA MD.
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futuro Tels. 6279983-6279975 Fax 6279587 Bogotá D. C.
E-Mail trnetmed@outlook.com

CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA-CPO

LABORATORIO CLINICO

Usuario: FECHA DE IMPRESION: 22-mayo-2017 01:31:02p.r

ENTE: MEDINA MORENO ADRIANA LUCIA

IMENTO: 1049612354

: 29 año(s) **Telefono:** 3127212124

RO: Femenino

ION: GENERAL

MEN: HEPATITIS B* ANTICUERPOS Ag SU **ORDEN:** 3,543,933 **CONSECUTIVO:**

Fecha del Examen: 19-05-2017 7:16 am
Fecha Validación: 19/05/2017 09:26:46a.m.

RUPO: Analito

	Resultado 1	Resultado 2	Unidad	VALORES DE REFERENCIA Limite inf	Inferior	Superior	Limite
ESULTADOS							
HEPATITIS B ANTICUERPOS ANTI SUPERFICIE (ANTI HBS AG)							
HEP B ANTC ANTI SUPERFICIE Negativo. Menor a 10 Positivo: Mayor a 10 Método: MEIA	67.82		UI/mL				

entario

PONSABLE DEL EXAMEN :

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



DATOS PACIENTE

Nombres:	ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO				
Tipo de Documento:	CC	**Documento**	1049612354		
Sexo	F	**F. Nacimiento:**	11/05/1988	**Edad:**	29 Años
Entidad:	FUNDACION HOSPITAL DE LA		**Cargo:**	PEDIATRA	
Centro de Costo:	N/A				
Fecha y Hora entrega resultados:	05/05/2017 11.19 AM				

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado el Examen Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

VALORACION OPTOMETRICA CONTROL OPTOMETRIA Y USO DE LENTES VISIÓN PROLONGADA

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

CONDICION VISUAL
RIESGO BIOMECANICO
PREVENCION DE ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): CHRISTIAN DENNY RIVERA GRACIA RM: 7754/08

Adriana Medina

Firma y sello del Médico Evaluador

ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO
1049612354
C.C
Firma del trabajador Evaluado

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:	30/11/17	CIUDAD:	Bogotá D.C	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca.

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Medina	Moreno	Adriana	Lucia.		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1049612354	Tunja	2006/07/13
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
11/05/88	Tunja	Colombia	colombia

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐	CASADO(A) ☒	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	1	1	3127212126

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Carrera 15#13626	Bogotá	cundinamarca	colombia	

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
ladri.100@hotmail.com		PROPIA ☒	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Santana	Paredo	Javier	Adolfo

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	79796662	Bogotá.	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☒ ☐		NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		ICA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
		SI ☒		SI ☐		SI ☒	8621
		NO ☐		NO ☒		NO ☐	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐	NO ☒		SI ☐ NO ☒		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 ☒	SI ☐ NO ☒	Subredintegrada de servicio de salud centro oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☒	SALUD ☐	# NIT	900959051-1

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Kra 4B 14-45 Sur	3282828	Bogotá	Bogotá D.C.	Colombia
CARGO ACTUAL	Pediatra		**FECHA VINCULACION**	Junio-2014

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	1500000	GASTOS FAMILIARES	2000000	AHORROS	5000000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	1500000	VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	Fuera
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	2000000	PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	3000000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 9500000	TOTAL EGRESOS	$ 9500000	TOTAL ACTIVOS	5000000	TOTAL PASIVOS	Fuera.

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

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	Moyollon	Cesar	Perez.
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
	Bogota	Amigos	3125212695.

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Tarjeta Credito		Norte.	3348382

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☒ | ☐

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

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 aqui 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.):

Trabajo como medico Pediatra

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita 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 ilicitas 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) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la 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 articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines 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) Envio 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, compañias 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 Titulo I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

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

Adriana Mejía

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha	30/11/17	**2. Ciudad**	Bogotá. DC.
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:		

DIAN

Declaración Anual de Impuesto Mínimo Alternativo Simple (IMAS) para Empleados

PRIVADA

230

1. Año: 2016

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2303607089441

(415)7707212489984(8020) 000230360708944 1

Datos del declarante

5. No. Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12. Cód. Dirección seccional
1049612354	8	MEDINA	MORENO	ADRIANA	LUCIA	20

24. Actividad económica: 8621 | Si es una corrección indique: 25. Cód. | 26. No. Formulario anterior

Patrimonio	Total patrimonio bruto	27	8,558,000
	Deudas	28	5,143,000
	Total patrimonio líquido	29	3,415,000
Determinación renta gravable alternativa (RGA) - IMAS	Ingresos brutos del empleado	30	79,267,000
	Otros ingresos	31	14,000
	Ingresos excluidos de la base (RGA) del IMAS	32	0
	Total ingresos	33	79,281,000
	Dividendos y participaciones no gravados	34	0
	Indemnizaciones en dinero o en especie por seguro de daño	35	0
	Aportes obligatorios al sistema general de seguridad social a cargo del empleado	36	3,416,000
	Gastos de representación exentos	37	0
	Pagos catastróficos en salud efectivamente certificados no cubiertos por el POS	38	0
	Pérdidas por desastres o calamidades públicas	39	0
	Aportes obligatorios a seguridad social de un empleado del servicio doméstico	40	0
	Costo fiscal de los bienes enajenados	41	0
	Indemnizaciones por seguro de vida, por accidente de trabajo o enfermedad	42	0
	Licencia de maternidad y gastos funerarios	43	0
	Exceso del salario básico de oficiales y suboficiales de las FF.MM y la Policía Nacional	44	0
	Seguro por muerte y compensación por muerte de las FF.MM y la Policía Nacional	45	0
	Retiros fondos de pensión de jubilación e invalidez; fondos de cesantías y cuentas AFC	46	0
	Renta gravable alternativa - RGA	47	75,865,000
Ganancias ocasionales	Ingresos por ganancias ocasionales	48	0
	Costos por ganancias ocasionales	49	0
	Ganancias ocasionales exentas y no gravadas	50	0
	Ganancia ocasionales gravables	51	0
Liquidación privada	**Impuesto sobre la renta mínimo alternativo simple - IMAS**	52	1,700,000
	Descuentos tributarios	53	0
	Impuesto neto de renta	54	1,700,000
	Impuesto de ganancias ocasionales	55	0
	Total impuesto a cargo	56	1,700,000
	Anticipo renta por el año gravable anterior	57	0
	Saldo a favor año gravable anterior sin solicitud de devolución o compensación	58	0
	Total retenciones año gravable 2016	59	7,098,000
	Anticipo renta por el año gravable siguiente	60	0
	Saldo a pagar por impuesto	61	0
	Sanciones	62	0
	Total saldo a pagar	63	0
	o Total saldo a favor	64	5,398,000

(415)7707212489984(8020)07395500001049612354410O(3900)000000000000(96)20170912

65. No. Identificación signatario | 66. DV

981. Cód. Representación

Firma del declarante o de quien lo representa

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

980. Pago total $: 0

996. Espacio para el número interno de la DIAN / Adhesivo

20171036112721

medimás EPS

Certificación de afiliación

Certificado de Afiliación

La Señora ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO , identificada con Cédula Ciudadanía 1.049.612.354, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO		
Número de identificación:	1049612354	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	carrera 15 136 26	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono actual de residencia:	4786980	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
1049612354	Medina Moreno Adriana Lucia	01/08/2017	
899999123	HOSPITAL DE LA MISERICORDIA	01/07/2017	

Información de los beneficiarios:

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

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

Se firma y expide en Bogotá a los 30 días del mes de Noviembre de 2017, a solicitud del interesado.

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

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

CORDIALMENTE

Jairo Enrique Lancheros
Gerente de Operaciones
Elaboro:

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MEDINA MORENO ADRIANA LUCIA** identificado(a) con **CC** número **1.049.612.354** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 08 de agosto de 2011 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 30 de noviembre de 2017.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Gerencia de productos
Protección S.A.

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

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

20171130094355

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
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1014612354	Bolivar
Numero de Documento	ARL

Medina	Moreno	Adriana	Luis
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

11/05/1988	Tunja	Cra 15 #136-26	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Medimas	Positiva	$ 1'500.000.-
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Profesional	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

ladri_100@hotmail.com	312+212121.
Correo Electrónico	Celular

Adriana Medina	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 102391203

WEB
09:35:20

Bogotá DC, 30 de noviembre del 2017

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1049612354:

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 GONZÁLEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 30 de noviembre de 2017, a las 9:30:32, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	1.049.612.354
Código de Verificación	10589153652017

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1927394

Bogotá D.C., 30 de Noviembre de 2017 - 9:43 am

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) **ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL CUARENTA Y NUEVE MILLONES SEISCIENTOS DOCE MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO** de TUNJA

1049612354

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.

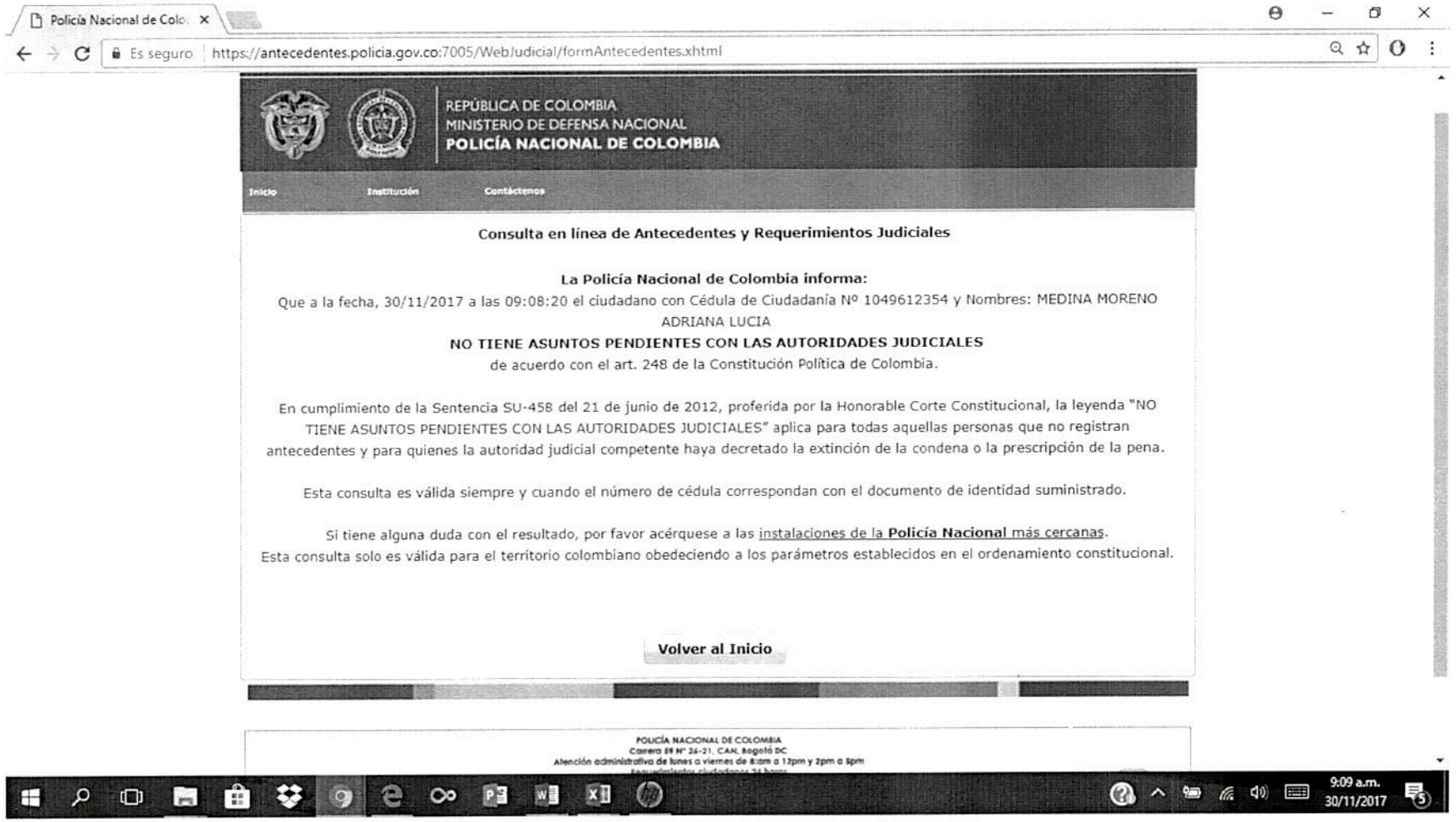
El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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: 11_V6U5X_439
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios


Policía Nacional de Colo
Es seguro
https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml
REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Inicio
Institución
Contáctenos
Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales
La Policía Nacional de Colombia informa:
Que a la fecha, 30/11/2017 a las 09:08:20 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 1049612354 y Nombres: MEDINA MORENO ADRIANA LUCIA
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.
En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.
Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.
Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional más cercanas.
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.
Volver al Inicio
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 Nº 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
9:09 a.m.
30/11/2017

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

A QUIÉN INTERESE

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

20/04/2017

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ADRIANA LUCIA MEDINA MORENO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1049612354**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550450700074948**
Fecha de apertura	**08/03/2013**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA