Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 8:04:45
daniela montaña j...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio

Id de página:: 14001307 Ayuda

Última Actualización 8h04

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas



Sugerencias SECOP

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

Programe sus actividades en la plataforma con tiempo. Si tiene alguna duda o comentario, consulte a nuestra Mesa de Servicio en Bogotá (1) 745 -67 88, y a nivel nacional a través de nuestra línea gratuita 018000 – 520808.

◄ ►

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 **s**

Sin oportunidades
Más información .

© 2014 Vortal Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

JOTA
018000-52-0808 . Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

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-ago-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MONTAÑA	JIMENEZ	DANIELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1016015964

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 11 MES MAR AÑO 1989

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 96B 19A 60 AP 202 T A

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 8034870

EMAIL danimonji8903@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 2006
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).
ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	8	X		NUTRICIONISTA-DIETISTA	7	2012	04279
ES	2	X		ESPECIALISTA EN PROMOCION EN SALUD Y DESARROLLO HUMANO	1	2015	

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-ago-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3279797	DIA 18 MES 1 AÑO 2018	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATO 830 DE 2018	SUBDIRECCION LOCAL DE BARRIOS	KR 58 67D 31

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	sdis@integracionsocial.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3279797	DIA 28 MES 8 AÑO 2017	DIA 15 MES 12 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATO 7976 DE 2017	SUBDIRECCIÓN LOCAL DE BARRIOS	KR 58 67D 31

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPTIAL DE FONTIBÓN E.S.E	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4860033	DIA 11 MES 4 AÑO 2016	DIA 31 MES 7 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
NUTRICIONISTA	SALUD PÚBLICA	KR 104 20C 31

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5966600	DIA 2 MES 5 AÑO 2013	DIA 17 MES 4 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
NUTRICIONISTA II REFERENTE SAN,	SALUD PUBLICA	KR 13 26A 34 SUR

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	3	8
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	3	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogotá 14/08/2018



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

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: 19-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DANIELA MONTAÑA JIMENEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1016015964 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección KR 96B 19A 60 AP 202 T A **Teléfonos**3003723720 8034870

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JACOBO ROJAS MONTAÑA	1020003063	HIJO(A)
TOMAS ROJAS MONTAÑA	1016109718	HIJO(A)
MARTHA JANETH JIMENEZ TORRES	39747959	MADRE

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	$ 36.194.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 36.194.000,00

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
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	380285767	ISERRA 100	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	TOYOTA COROLLA 2005	$ 14.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO DE OCCIDENTE	TARJETA DE CREDITO	$ 3.400.000,00

BANCO AV VILLAS	TARJETA DE CREDITO	$ 4.800.000,00
BANCO DE BOGOTA	CRÉDITO ROTATIVO	$ 10.069.282,00

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
RODRIGO ROJAS CASTILLO	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	1030556599

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 19-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TÍTULO DE

Nutricionista Dietista

A

Daniela Montaña Jiménez

C.C. 1.016.015.964 de Bogotá D.C.

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO, Y PREVIO AL JURAMENTO DE RIGOR, OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá D.C., a los 27 días del mes de julio de 2012

DECANATURA DE FACULTAD

RECTORÍA

SECRETARÍA GENERAL

REGISTRO No. 2042, Folio 37 del Libro de Diplomas No. 4

DE LA SEDE DE Bogotá FACULTAD DE Medicina

0130536

THOMAS GREG & SONS

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

La Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

Resolución 828 de 1996, expedida por el Ministerio de Educación Nacional

Confiere el Título de

Especialista en Promoción en Salud y Desarrollo Humano

A

Daniela Montaña Jiménez

C.C. No. 1016015964 de Bogotá D.C.

quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos y las disposiciones legales. En testimonio de ello otorga el presente Diploma, en la ciudad de Bogotá, D.C., el 16 de Enero de 2015.

Rector

Decano

Secretario General

Libro 18 Acta - 38 Folio - 7 Registro 18321
Bogotá, D.C., 16 de Enero de 2015.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 1976

El consejo de Facultad en su sesión del día 14 de junio de 2012 - Acta No. 20

CONSIDERANDO QUE

Daniela Montaña Jiménez

C.C. 1.016.015.964 de Bogotá D.C.

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Nutricionista Dietista

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 0130536 *consignado en el Registro No.* 2042, Folio 37 del Libro No. 4

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá D.C., a los 14 días del mes de junio de 2012

PRESIDENCIA
Consejo de Facultad

SECRETARÍA
Consejo de Facultad

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

ACTA DE GRADO No. 38

En Bogotá D.C., República de Colombia, el dieciséis (16) de enero de dos mil quince (2015), se reunieron en el AULA MÚLTIPLE de la UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA: el Rector, Doctor CARLOS ALBERTO CORRALES MEDINA; la Decana de la Facultad de CIENCIAS SOCIALES, Doctora CLEMENCIA DEL CARMEN GAITÁN DIDIER; y la Secretaria General de la Universidad, Doctora CLAUDIA BIBIANA SALAMANCA PÁEZ, con el fin de presidir la Ceremonia de Grado de:

DANIELA MONTAÑA JIMÉNEZ
C.C. 1016015964 de Bogotá D.C.

Quien terminó sus estudios, cumplió los requisitos de Ley y los Reglamentos de la Universidad. En testimonio de ello la Institución le otorgó el título de **ESPECIALISTA EN PROMOCIÓN EN SALUD Y DESARROLLO HUMANO.**

Resolución 828 del 13 de marzo de 1996 expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

Previo juramento se entregó el diploma a la graduanda.

(Fdo.) La Rector, CARLOS ALBERTO CORRALES MEDINA
(Fdo.) La Decana de la Facultad, CLEMENCIA DEL CARMEN GAITÁN DIDIER
(Fdo.) La Secretaria General, CLAUDIA BIBIANA SALAMANCA PÁEZ

En constancia, firma la presente acta

LA SECRETARIA GENERAL,

CLAUDIA BIBIANA SALAMANCA PÁEZ

Registro Diploma: ***18321*** *Libro No. 18 – 16 de enero de 2015*

Magda A.

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, DANIELA MONTAÑA JIMÉNEZ 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:

NUTRICIONISTA DIETISTA

Cordialmente;



Firma _____

No. de documento: 1016015964

Tarjeta profesional No: 04279

Dirección de contacto: KR 96B 19A 60 AP 202 T A

Teléfono: 3003723720

Bogotá D.C

Señores:

__UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA__

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, __DANIELA MONTAÑA JIMÉNEZ__ 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:

_____ESPECIALISTA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DESARROLLO HUMANO_____

Cordialmente;



Firma _____

No. de documento: _____1016015964_____

Tarjeta profesional No:_____04279_____

Dirección de contacto: __KR 96B 19A 60 AP 202 T A_____

Teléfono: ___3003723720_____

Secretaria Distrital de Integración Social

Dirección de Gestión Corporativa
Subdirección de Contratación

CERTIFICA

Que de conformidad con el software de contratación de la Secretaria Distrital de Integración Social el senñor(a) DANIELA MONTAÑA JIMENEZ identificado con el número de Cedula: 1016015964 ha suscrito con esta entidad los siguientes actos contractuales

Numero y Fecha: 7976----23/08/2017

Tipo de Contrato: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES (2008) H

Valor: $12.000.000

Plazo: 4.00 --- MESES

Fecha Inicio: 28/08/2017

Fecha Final: 29/01/2018

---No tienen modificaciones ---

Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ORIENTACIÓN Y SEGUIMIENTO AL COMPONENTE DE NUTRICIÓN Y SALUBRIDAD Y A LA ESTRATEGIA DE SALAS AMIGAS DE LA FAMILIA LACTANTE EN CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS Y ESTÁNDARES TÉCNICOS DE LA EDUCACIÓN INICIAL EN EL MARCO DEL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL.

A solicitud de el/la referente tecnico [IRMA YANETH CONTRERAS HERN?NDEZ], se genera el presente documento emitido para tramites internos de la Secretaria Distrital de Integraci?n Social en Bogot? D.C.,15/11/2017

LA SUSCRITA SUPERVISORA DEL GRUPO PROTECCIÓN DEL ICBF REGIONAL BOGOTÁ

CERTIFICA:

Que **DANIELA MONTAÑA JIMENEZ,** Identificado con cédula de Ciudadanía No. 1.016.015.964, presta sus servicios en esta Institución en calidad de contratista independiente.

CONTRATO No: 1230/16 **SUSCRITO:** 25 de Agosto de 2016

OBJETO: Prestar sus servicios profesionales en el área de nutrición al equipo técnico interdisciplinario de la defensoría en los procesos de descongestión realizando valoraciones conceptos periciales y seguimientos a niños, niñas y adolescentes y sus familias dentro del proceso administrativo de restablecimientos de derechos de conformidad con lo establecido en lineamientos técnicos y la ley 1098 del 2006.

PLAZO DE EJECUCIÓN: El contrato tendrá un plazo de ejecución que será contado a partir del perfeccionamiento y legalización, hasta el 31 de diciembre de 2016.

VALOR: El valor del presente contrato se fija en la suma de doce millones treinta y siete mil doscientos pesos M/cte. ($12.037.200) Devengando mensualmente el valor de dos millones ochocientos sesenta y seis mil pesos M/cte. ($2.866.000)

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en el mes de Septiembre del año dos mil dieciséis (2016) en la ciudad de Bogotá.

CARMENZA GUTIERREZ DE CAMACHO
Coordinadora Grupo de Protección
Supervisora del contrato

Elaboró: Diana Ladino Belalcazar(20/09/2016)

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Sur Occidente E.S.E.
Unidad de Servicios de Salud Fontibon

20162400074271
Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No.: **20162400074271**
Fecha: 05-08-2016

Bogotá D.C., Viernes, 05 de Agosto de 2016

EL ASESOR JURIDICO

DE LA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E. S. E.

UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBÓN

NIT 9.00959048-4

Que **DANIELA MONTAÑA JIMENEZ** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.016.015.964** de **Bogotá** Desarrollo actividades en esta institución a través de los siguientes contratos de prestación de servicios:

CONTRATO No.	**988-16**
OBJETO	Prestar servicios profesionales de nutrición para procesos de salud publica en el hospital fontibón e.s.e. o donde se requieran sus servicios conforme a los requerimientos realizados por el supervisor de la orden.
FECHA DE INICIO	11 de Abril del 2016
TERMINO DE CONTRATO	31 de Julio de 2016
VALOR MENSUAL	**DOS MILLÓNES SETECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL PESOS ($2'798.000) M/CTE**

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS DEL CONTRATISTA: En Cumplimiento del objeto descrito anteriormente, se considera necesario el desarrollo de las siguientes actividades

1. Realizar, liderar o apoyar las acciones de las diferentes actividades en los ámbitos, componentes y/o proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio en el contrato vigente entre el Hospital y la Secretaría Distrital de Salud.

2. Brindar asesoría técnica y direccionamiento a la comunidad en temas como: SGSS, eventos de interés en Salud Pública, normatividad, según línea de intervención o actividad al que sea designada.

3. Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos avalados por la Secretaría Distrital de Salud y el Hospital, de cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes: (Cronograma, informes, entre otros).

4. Presentación y acompañamiento a las auditorías internas y externas en caso de requerirse.

5. Llevar de forma ordenada un archivo físico y/o magnético de fácil consulta y verificación con el censo actualizado, conforme a lo establecido por los lineamientos de la Secretaria Distrital de Salud y el Hospital.

6. Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que le sean asignados y/o delegados.

7. Apoyar las demás actividades requeridas para el desarrollo del objeto del contrato relacionadas con Salud Pública e Institucional.

8. Atención, recepción, seguimiento y/o canalización de casos acorde a la situación de vulnerabilidad de la comunidad.

9. Disponer tiempos para reaccionar ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Localidad.

10. Realizar actividades de Alimentación y Nutrición conforme a la Resolución 412

11. Diseñar e implementar estrategias de promoción en Seguridad Alimentaria y Nutricional.

12. Posicionar las temáticas del Derecho a la Alimentación y Nutrición en la población en general.

13. Garantizar el uso racional del recurso físico y logístico a su cargo. .

14. Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).

Provisión de glosa: se retendrá con carácter provisional el 2% del valor del pago mensual corno provisión de glosa, mientras se realiza la respectiva auditora de cuenta interna.

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C a los Cinco (05) días del mes de Agosto de Dos Mil Dieciséis (2016) a solicitud del interesado.

Cordialmente,

ALVARO GALVIS BARRIOS
Asesor Jurídico

Proyecto: Johanna Marcela Ospina Cruz – Apoyo Asesoría Jurídica

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL PROCESO DE GESTION CONTRACTUAL Y SUPERVISION DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E HOY UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD RAFAEL URIBE URIBE E.S.E DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. SEGÚN ACUERDO 641 DE 2016 CON BASE EN LA REVISION DEL EXPEDIENTE Y LA DOCUMENTACIÓN FISICA

HACE CONSTAR:

Que el **HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** con **NIT**. 830.077.633-4, ubicado en la carrera 12D No. 26 A-62 sur y No. de Tel: 5966600, hoy fusionado en la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.** suscribió en su momento el con **DANIELA MONTAÑA JIMENEZ,** C.C. No. **1.016.015.964,** Con cumpliendo con el objeto del mismo y que a continuación se relaciona

N° OPS	VIGENCIA	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
420	2013	02 de Mayo de 2013	01 de Septiembre de 2013
1203	2013	09 de Octubre de 2013	02 de Febrero de 2015
321	2015	03 de Febrero de 2015	31 de Enero de 2016
379	2016	11 de Febrero de 2016	29 de Febrero de 2016
1238	2016	01 de Marzo de 2016	17 de Abril de 2016

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN NUTRICION II DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PUBLICA COMPONENTE GESTION PROGRAMAS INTERSECTORIAL DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

1.- Realizar las actividades relacionadas en los lineamientos establecidos por la Dirección de Salud Pública de la Secretaria Distrital de Salud, las cuales tienen que ver con el posicionamiento de Gestión de Programas en la Salud Publica e intersectorialidad en las políticas publicas conforme a los lineamientos establecidos por la Dirección de Salud de la Secretaria Distrital de Salud.

2.- Participar en espacios de gestión y coordinación de la política pública y sus componentes.

3.- Articulación permanente en los diferentes procesos misionales y de apoyo del Hospital

4.- Participar en los diferentes espacios locales y al interior de la ESE para posicionar las políticas públicas y programas de salud en los escenarios donde se construyan las agendas públicas.

5.- Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones.

6.- Notificar todos los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones,

especialmente en lo relacionado con la política publicas.

7.- Responder oportunamente por la información requerida por la coordinación del PIC

8.- Participar en las actividades de planificación y gestión de programas e intersectorialidad de la política publicas conforme a los requerimientos del equipo de gestión de programas e intersectorialidad.

9.- Las demas que en razon de susresponsabilidades sean necesarias por parte de la Secretaria de Salud.

10.- Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones contenidas en la cláusula OCTAVA de la presente orden de prestación de servicios, si a ello hubiera lugar. EL CONTRATISTA autoriza con la firma del presente contrato el descuento de los valores que se generen por glosas definitivas no subsanables aplicadas en contra de la E.S.E y con ocasión del desarrollo de sus actividades. **PARAGRAFO 1º:** Para efectos de responder por los valores señalados en la presente cláusula, el CONTRATISTA autoriza que durante la vigencia del presente contrato se efectuara una reserva hasta del cinco (5%) por ciento del valor total del contrato incluidas las adiciones, la cual se amortizara mensualmente yen tantas cuotas, cuantos meses de duración tenga la OPS.

11.- Informar por escrito con una antelación no inferior a Ocho (8) días hábiles al Supervisor del Contrato la solicitud de suspensión o terminación del contrato.
desarrollo de sus actividades.

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 16.617.142.oo
$ 60.688.668.oo
$ 33.049.476.oo
$ 2.370.000.oo
$ 5.617.267.oo

Se expide la presente certificación a solicitud *de* **DANIELA MONTAÑA JIMENEZ,** en Bogotá D.C. a los Veintiocho (28) días del mes de junio de 2016.

Para mayor información favor comunicarse al 5966600 Ext. 1021 o dirigirse a la carrera 12D No. 26 A -62 sur, oficina de OPS

Cordialmente,

MASSIEL MAGALY NEIRA GONZALEZ
Profesional Universitario I OPS

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

Revisó: Massiel Magali Neira González–Profesional Universitario I- Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe
Elaboró: Claudia Jiménez – Auxiliar Administrativo II-Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.016.015.964
MONTAÑA JIMENEZ
APELLIDOS
DANIELA
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 11-MAR-1989
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
15-MAR-2007 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
A-1500150-00245984-F-1016015964-20100724
0023003872A 2
34827210

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14422769447

(415)7707212489984(8020) 000001442276944 7

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 0 1 6 0 1 5 9 6 4	2 0 0 7 0 3 1 5

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MONTAÑA	JIMENEZ	DANIELA	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 96 B 19 A 60 AP 202 TO A

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
dani_happy182@hotmail.com		3 0 0 3 7 2 3 7 2 0	8 0 3 4 8 7 0

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad: (Año Mes Día)	48. Código:	49. Fecha inicio actividad: (Año Mes Día)	50. Código:	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 3 0 3 0 1							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	1 2																									

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 7 0 7 2 9

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 MONTAÑA JIMENEZ DANIELA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 29-07-2017
Hora: 11:29:16 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1016015964-1 DANIELA MONTAÑA JIMENEZ

Información General

Dirección KR 96B 19A 60 AP 202 TO A

Teléfonos 8034870 - 3003723720

Dirección electrónica dani_happy182@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 18/01/2013

Soporte Inscripción 15100947

Fecha Inicio Actividades 06/02/2012

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002110307

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

Scanned by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA

COMISION DE EJERCICIO PROFESIONAL DE NUTRICION Y DIETETICA
Ley 73 del 28 de Diciembre de 1979
MATRICULA PROFESIONAL DE NUTRICIONISTA DIETISTA

Matricula No. MND 04279
Acta de aprobación N° 114 Fecha: 30/01/2013

MONTAÑA JIMENEZ
DANIELA
C.C. 1.016.015.964

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

DANIELA
MONTAÑA JIMENEZ
C.C. 1016015964

NUTRICIONISTA / DIETISTA

Expedicion 01/03/2013

COMISIÓN DE EJERCICIO PROFESIONAL DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

LEY 73 DE 1.979

RESOLUCIÓN Nº MND 04279
(30 de Enero de 2013)

"POR LA CUAL SE EXPIDE UNA MATRÍCULA PROFESIONAL"

La Comisión de Ejercicio Profesional de Nutrición y Dietética, en ejercicio de las facultades concedidas por la Ley 73 de 1979, su reglamento, y

CONSIDERANDO:

Que **DANIELA MONTAÑA JIMENEZ,** identificada con cédula de ciudadanía número 1.016.015.964 de Bogotá D.C, presentó y dejó en archivo los documentos requeridos para obtener la **Matrícula Profesional como Nutricionista Dietista,** con el fin de ejercer legalmente en la República de Colombia.

Que hecha la revisión de la documentación presentada, se encontró correcta y completa conforme a la Ley y a los Reglamentos de la Comisión, siendo aprobada mediante Acta número 114 de 20 de Enero de 2013.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Expedir a **DANIELA MONTAÑA JIMENEZ NUTRICIONISTA DIETISTA,** la Matrícula Profesional **Número MND 04279** para ejercer su profesión legalmente en la República de Colombia.

ARTÍCULO SEGUNDO: Radicar en el consecutivo correspondiente, la presente Resolución, archivar cuidadosamente el expediente que dio lugar a esta providencia y ordenar la elaboración y entrega a **DANIELA MONTAÑA JIMENEZ** de los documentos reglamentarios.

NOTIFÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá D.C. a los treinta (30) días del mes de Enero de dos mil trece (2013).

ROSALBA PINTO DE BLANCO
Presidenta

SONIA LILIANA PERTUZ CRUZ
Vicepresidenta

Nota: Esta Resolución hace parte integral de la MATRÍCULA PROFESIONAL, junto con la Tarjeta y el Certificado de Vigencia.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No **1259** *de* **08/02/2013**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MONTAÑA JIMENEZ DANIELA Identificado(a) con CC número 1016015964 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TITULO de NUTRICIONISTA / DIETISTA otorgado por LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA el día 27/07/2012 y registrado en el libro 4 Folio 37 año 2012.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a MONTAÑA JIMENEZ DANIELA identificado(a) con CC número 1016015964 expedida en BOGOTA D,C para ejercer la profesión de NUTRICIONISTA / DIETISTA 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.

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

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **08/02/2013**

ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.
Reviso : Andrea Casas Vargas.
Elaboro : Víctor Sánchez.

Bogotá, D.C 1/MARZO/2013
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) DANIELA MONTAÑA J
CC. # 1016015964.
Firma

ReTHUS

A continuación diligencie su identificación para proceder a consultar si se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud

TIPO DE IDENTIFICACIÓN *

Cédula de Ciudadanía ▼

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN *

1016015964

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

El ciudadano con Identificación CC 1016015964, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 110010653701
Nit: 830029102-0
Dirección: Cra 24 Nro 84 - 37
Teléfono: 7560686
Email: conceptos@soandes.co

Fecha de Impresión: **2018/01/05 15:52:27**
Resultados Paraclinicos

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 1016015964**	Nro Historia:	**1016015964**
Paciente:	**MONTAÑA JIMENEZ DANIELA**	Nro Ingreso:	**709457**
Fecha Nac:	**1989/03/11**	Fecha Ingreso:	**2018-01-03 16:01:14**
Dirección:	**CARRERA 96 B 19A 60**	Origen:	**PTA SAS**
Edad:	**28 años**	Destino:	**FRESENIUS MEDICAL**
Teléfono:	**8034870**	Enfasis:	**OSTEOMUSCULAR**
Nombre del Cargo:	**NUTRICIONISTA**		

	Resultado	Unidad	V. de Referencia
	Hepatitis B, ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] *		
INMUNOLOGÍA			
HEPATITIS B ANTI-ANTIGENO S (ANTI-HBSAG)	MAYOR DE 1000	MUI/ML	NO REACTIVO: MENOR DE 10 - REACTIVO: MAYOR DE 10
TÉCNICA:	.		TÉCNICA: QUIMIOLUMINISCENCIA
OBSERVACIONES	COLCAN BACT YELENA FIGUEROA		



ANA BEYBA ANGULO DELGADILLO
C.C. 52715445
Bacteriologo (a)

Copyright 2006 - 2018 Innovasoft Colombia S.A.S. Todos los Derechos Reservados.

MEDISED

CERTIFICADO OCUPACIONAL

MEDISED - SED SAS.

Fecha de impresión 16/11/2017 7.54 AM

IPS-R-057

Fecha del Examen 28/07/2017 8.30 AM
Tipo del Examen INGRESO 28/07/2017



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	MEDISED - SED SAS.	Nit	800.215.743-1
Dirección	Carrera 99 No. 18 - 40	Teléfonos	PBX 703 3444

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	DANIELA MONTAÑA JIMENEZ				
Identificación	CC Nro 1016015964				
Fecha de Nacimiento	1989/03/11	Edad	28	Sexo	FEMENINO
Empresa Contratante	SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL				
Cargo	NUTRICIONISTA				
Sucursal	BOGOTA				
Empresa Usuaria					

EXAMENES REALIZADOS

136085	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	Apto para desempeñar el cargo
RECOMENDACIONES	Examen fisico con enfasis en osteomuscular alterado. Uso de elementos de protección personal según factores de riesgo. Educación en riesgo ergonómico en sitio trabajo, levantamiento manual de cargas maximo 8 kg, evitar posturas o movimientos repetitivos con espalda. Higiene postural y biomecánica integral, Cultura del Auto cuidado. Capacitación en movimiento y levantamiento de cargas, realizar pausas activas cada 2 horas Ejercicio Cardiovascular 3 Veces Por Semana
OBSERVACIONES	Dieta balanceada, realizacion de actividad fisica regular, pausas activas e higiene de manos horarias, higiene postural, uso de epp´s. Uso de correccion optica permanente

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierto"

DANIELLA MONTAÑA JIMENEZ
CC 1016015964
Firma del trabajador Evaluado

XIOMARA ALBARRACIN
CC 1032358372 RM R M 25-3574/16
Firma y sello del médico

Scanned by CamScanner

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

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

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

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

FECHA:	2018-03-23	CIUDAD:	BOGOTÁ D.C	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ D.C

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	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
MONTAÑA	JIMÉNEZ	DANIELA			

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1016015964	BOGOTÁ D.C	2007-03-15
PASAPORTE		OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1989-03-11	BOGOTÁ D.C	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL						PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A)	CASADO(A)	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE	VIUDO(A)	X		2	3003723720

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGIS	POSGRADO X	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	NICO		CUAL:	NUTRICIONISTA
TECNOLOGO	OTRO							

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
KR 96B 19A 60 AP 202 T A	BOGOTÁ D.C	BOGOTÁ D.C	COLOMBIA	2672170

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
DANIMONJI8903@GMAIL.COM		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ROJAS	CASTILLO	RODRIGO	

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1030556599	BOGOTÁ D.C		
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X	NACIONALIDAD:	COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

GRAN CONTRIBUYENTE	SI		NO X	AGENTE RETENEDOR	SI		AGENTE AUTORETENEDOR	SI	
					NO X			NO X	

FUNCIONARIO PUBLICO			ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS			NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI	NO X		SI	NO X	SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA								# NIT	
GOBIERNO	X COMERCIAL	SERVICIOS	SALUD						
EXPORTACIONES	AGRICOLA	ENERGETICA	ANCIERA	ANSPORTE	CNOLOGIA	MENTOS	M ICAMENTOS		
OTRA	CUAL:								

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
KR 58 67D 31	3279797	BOGOTÁ D.C	BOGOTÁ D.C	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	NUTRICIONISTA	FECHA VINCULACION	2017-08-23

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

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	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 600.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 3.090.000	ARRIENDOS	$ 500.000	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 8.000.000
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 14.000.000	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 500.000	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	**$ 3.090.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 1.600.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 14.000.000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 8.000.000**

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TORRES	BEJARANO	CLAUDIA	ESPERANZA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CL 61 SUR 94B 57	BOGOTÁ D.C	COLEGA	3213144445

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	380285767	ISERRA 100	3820000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ RANSFERENCIAS ☐ STAMOS ☐ O SERVICIOS OT ☐

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

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

Nutricionista

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

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

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) DANIELA MONTAÑA JIMENEZ identificado(a) con cedula ciudadania 1.016.015.964 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20170301	No Registrada	282

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
TOMAS ROJAS MONTAÑA	HI	1016109718	RC	20170424	0	Activo	86
JACOBO ROJAS MONTAÑA	HI	1020003063	RC	20170301	0	Activo	192

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 18 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
10568744

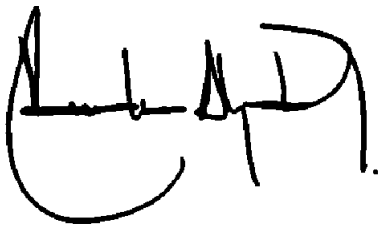
Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **DANIELA MONTAÑA JIMENEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,016,015,964**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 18 días del mes de Diciembre de 2018.



_____
Gerente de Clientes

Centro Oriente E.S.E

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1018015864 Numero de Documento	Positiva ARL

Daniela Primer Nombre		Montaña Primer Apellido	Jiménez Segundo Apellido

11/03/1989 F. Nacimiento dd/mm/aa	Bogotá D C Ciudad de Nacimiento	KR 96B 19A 60 A 202 T A Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Compensar EPS - Salud	Porvenir AFP - Pensiones	3.000.000 Honorarios

NUTRICIONISTA Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
danmonj8903@gmail.com Correo Electrónico	3003723720 Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119398951

WEB
16:42:31

Bogotá DC, 18 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) DANIELA MONTAÑA JIMENEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1016015964:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 18 de diciembre de 2018, a las 16:52:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1016015964
Código de Verificación	1016015964181218165204

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2622081

Bogotá D.C., 18 de Diciembre de 2018 - 16:51 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **DANIELA MONTAÑA JIMENEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL DIECISEIS MILLONES QUINCE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO** de BOGOTA D.C.

1016015964

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_QA5U_5116
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 16:53:34 horas del 18/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1016015964**
Apellidos y Nombres: **MONTAÑA JIMENEZ DANIELA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MONTANA JIMENEZ DANIELA identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1016015964 está vinculado con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

☐	Cuenta Corriente No.	*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-	//
☒	Cuenta de Ahorros No.	380285767	abierta desde el22/08/12
☐	Créditos hasta por valor de $	0.00	

CONCEPTO: CUENTA ACTIVA A LA FECHA

Se expide en BOGOTA D.C. el dia 03 del mes de Marzo del año 2016 con destino a DANIELA MONTAÑA JIMENEZ

Banco de Bogotá
OFICINA FONTIBON-092

Firmas Autorizada

092 Fontibon

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

Scanned by CamScanner

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 8:04:45
daniela montaña j...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio

Id de página:: 14001307 Ayuda

Última Actualización 8h04

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas



Sugerencias SECOP

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

Programe sus actividades en la plataforma con tiempo. Si tiene alguna duda o comentario, consulte a nuestra Mesa de Servicio en Bogotá (1) 745 -67 88, y a nivel nacional a través de nuestra línea gratuita 018000 – 520808.

◄ ►

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 **s**

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-ago-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MONTAÑA	JIMENEZ	DANIELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1016015964

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 11 MES MAR AÑO 1989

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 96B 19A 60 AP 202 T A

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 8034870

EMAIL danimonji8903@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 2006
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).
ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	8	X		NUTRICIONISTA-DIETISTA	7	2012	04279
ES	2	X		ESPECIALISTA EN PROMOCION EN SALUD Y DESARROLLO HUMANO	1	2015	

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-ago-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3279797	DIA 18 MES 1 AÑO 2018	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATO 830 DE 2018	SUBDIRECCION LOCAL DE BARRIOS	KR 58 67D 31

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	sdis@integracionsocial.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3279797	DIA 28 MES 8 AÑO 2017	DIA 15 MES 12 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CONTRATO 7976 DE 2017	SUBDIRECCIÓN LOCAL DE BARRIOS	KR 58 67D 31

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPTIAL DE FONTIBÓN E.S.E	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4860033	DIA 11 MES 4 AÑO 2016	DIA 31 MES 7 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
NUTRICIONISTA	SALUD PÚBLICA	KR 104 20C 31

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5966600	DIA 2 MES 5 AÑO 2013	DIA 17 MES 4 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
NUTRICIONISTA II REFERENTE SAN,	SALUD PUBLICA	KR 13 26A 34 SUR

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	3	8
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	3	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogotá 14/08/2018



FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

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: 19-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DANIELA MONTAÑA JIMENEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1016015964 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección KR 96B 19A 60 AP 202 T A **Teléfonos**3003723720 8034870

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JACOBO ROJAS MONTAÑA	1020003063	HIJO(A)
TOMAS ROJAS MONTAÑA	1016109718	HIJO(A)
MARTHA JANETH JIMENEZ TORRES	39747959	MADRE

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	$ 36.194.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 36.194.000,00

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
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	380285767	ISERRA 100	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	TOYOTA COROLLA 2005	$ 14.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO DE OCCIDENTE	TARJETA DE CREDITO	$ 3.400.000,00

BANCO AV VILLAS	TARJETA DE CREDITO	$ 4.800.000,00
BANCO DE BOGOTA	CRÉDITO ROTATIVO	$ 10.069.282,00

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
RODRIGO ROJAS CASTILLO	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	1030556599

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 19-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TÍTULO DE

Nutricionista Dietista

A

Daniela Montaña Jiménez

C.C. 1.016.015.964 de Bogotá D.C.

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO, Y PREVIO AL JURAMENTO DE RIGOR, OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá D.C., a los 27 días del mes de julio de 2012

DECANATURA DE FACULTAD

RECTORÍA

SECRETARÍA GENERAL

REGISTRO No. 2042, Folio 37 del Libro de Diplomas No. 4

DE LA SEDE DE Bogotá FACULTAD DE Medicina

0130536

THOMAS GREG & SONS

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

La Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

Resolución 828 de 1996, expedida por el Ministerio de Educación Nacional

Confiere el Título de

Especialista en Promoción en Salud y Desarrollo Humano

A

Daniela Montaña Jiménez

C.C. No. 1016015964 de Bogotá D.C.

quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos y las disposiciones legales. En testimonio de ello otorga el presente Diploma, en la ciudad de Bogotá, D.C., el 16 de Enero de 2015.

Rector

Decano

Secretario General

Libro 18 Acta - 38 Folio - 7 Registro 18321
Bogotá, D.C., 16 de Enero de 2015.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 1976

El consejo de Facultad en su sesión del día 14 de junio de 2012 - Acta No. 20

CONSIDERANDO QUE

Daniela Montaña Jiménez

C.C. 1.016.015.964 de Bogotá D.C.

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Nutricionista Dietista

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 0130536 *consignado en el Registro No.* 2042, Folio 37 del Libro No. 4

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá D.C., a los 14 días del mes de junio de 2012

PRESIDENCIA
Consejo de Facultad

SECRETARÍA
Consejo de Facultad

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

ACTA DE GRADO No. 38

En Bogotá D.C., República de Colombia, el dieciséis (16) de enero de dos mil quince (2015), se reunieron en el AULA MÚLTIPLE de la UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA: el Rector, Doctor CARLOS ALBERTO CORRALES MEDINA; la Decana de la Facultad de CIENCIAS SOCIALES, Doctora CLEMENCIA DEL CARMEN GAITÁN DIDIER; y la Secretaria General de la Universidad, Doctora CLAUDIA BIBIANA SALAMANCA PÁEZ, con el fin de presidir la Ceremonia de Grado de:

DANIELA MONTAÑA JIMÉNEZ
C.C. 1016015964 de Bogotá D.C.

Quien terminó sus estudios, cumplió los requisitos de Ley y los Reglamentos de la Universidad. En testimonio de ello la Institución le otorgó el título de **ESPECIALISTA EN PROMOCIÓN EN SALUD Y DESARROLLO HUMANO.**

Resolución 828 del 13 de marzo de 1996 expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

Previo juramento se entregó el diploma a la graduanda.

(Fdo.) La Rector, CARLOS ALBERTO CORRALES MEDINA
(Fdo.) La Decana de la Facultad, CLEMENCIA DEL CARMEN GAITÁN DIDIER
(Fdo.) La Secretaria General, CLAUDIA BIBIANA SALAMANCA PÁEZ

En constancia, firma la presente acta

LA SECRETARIA GENERAL,

CLAUDIA BIBIANA SALAMANCA PÁEZ

Registro Diploma: ***18321*** *Libro No. 18 – 16 de enero de 2015*

Magda A.

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, DANIELA MONTAÑA JIMÉNEZ 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:

NUTRICIONISTA DIETISTA

Cordialmente;



Firma _____

No. de documento: 1016015964

Tarjeta profesional No: 04279

Dirección de contacto: KR 96B 19A 60 AP 202 T A

Teléfono: 3003723720

Bogotá D.C

Señores:

__UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA__

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, __DANIELA MONTAÑA JIMÉNEZ__ 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:

_____ESPECIALISTA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y DESARROLLO HUMANO_____

Cordialmente;



Firma _____

No. de documento: _____1016015964_____

Tarjeta profesional No:_____04279_____

Dirección de contacto: __KR 96B 19A 60 AP 202 T A_____

Teléfono: ___3003723720_____

Secretaria Distrital de Integración Social

Dirección de Gestión Corporativa
Subdirección de Contratación

CERTIFICA

Que de conformidad con el software de contratación de la Secretaria Distrital de Integración Social el senñor(a) DANIELA MONTAÑA JIMENEZ identificado con el número de Cedula: 1016015964 ha suscrito con esta entidad los siguientes actos contractuales

Numero y Fecha: 7976----23/08/2017

Tipo de Contrato: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES (2008) H

Valor: $12.000.000

Plazo: 4.00 --- MESES

Fecha Inicio: 28/08/2017

Fecha Final: 29/01/2018

---No tienen modificaciones ---

Objeto: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ORIENTACIÓN Y SEGUIMIENTO AL COMPONENTE DE NUTRICIÓN Y SALUBRIDAD Y A LA ESTRATEGIA DE SALAS AMIGAS DE LA FAMILIA LACTANTE EN CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS Y ESTÁNDARES TÉCNICOS DE LA EDUCACIÓN INICIAL EN EL MARCO DEL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL.

A solicitud de el/la referente tecnico [IRMA YANETH CONTRERAS HERN?NDEZ], se genera el presente documento emitido para tramites internos de la Secretaria Distrital de Integraci?n Social en Bogot? D.C.,15/11/2017

LA SUSCRITA SUPERVISORA DEL GRUPO PROTECCIÓN DEL ICBF REGIONAL BOGOTÁ

CERTIFICA:

Que **DANIELA MONTAÑA JIMENEZ,** Identificado con cédula de Ciudadanía No. 1.016.015.964, presta sus servicios en esta Institución en calidad de contratista independiente.

CONTRATO No: 1230/16 **SUSCRITO:** 25 de Agosto de 2016

OBJETO: Prestar sus servicios profesionales en el área de nutrición al equipo técnico interdisciplinario de la defensoría en los procesos de descongestión realizando valoraciones conceptos periciales y seguimientos a niños, niñas y adolescentes y sus familias dentro del proceso administrativo de restablecimientos de derechos de conformidad con lo establecido en lineamientos técnicos y la ley 1098 del 2006.

PLAZO DE EJECUCIÓN: El contrato tendrá un plazo de ejecución que será contado a partir del perfeccionamiento y legalización, hasta el 31 de diciembre de 2016.

VALOR: El valor del presente contrato se fija en la suma de doce millones treinta y siete mil doscientos pesos M/cte. ($12.037.200) Devengando mensualmente el valor de dos millones ochocientos sesenta y seis mil pesos M/cte. ($2.866.000)

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en el mes de Septiembre del año dos mil dieciséis (2016) en la ciudad de Bogotá.

CARMENZA GUTIERREZ DE CAMACHO
Coordinadora Grupo de Protección
Supervisora del contrato

Elaboró: Diana Ladino Belalcazar(20/09/2016)

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Sur Occidente E.S.E.
Unidad de Servicios de Salud Fontibon

20162400074271
Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No.: **20162400074271**
Fecha: 05-08-2016

Bogotá D.C., Viernes, 05 de Agosto de 2016

EL ASESOR JURIDICO

DE LA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E. S. E.

UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBÓN

NIT 9.00959048-4

Que **DANIELA MONTAÑA JIMENEZ** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.016.015.964** de **Bogotá** Desarrollo actividades en esta institución a través de los siguientes contratos de prestación de servicios:

CONTRATO No.	**988-16**
OBJETO	Prestar servicios profesionales de nutrición para procesos de salud publica en el hospital fontibón e.s.e. o donde se requieran sus servicios conforme a los requerimientos realizados por el supervisor de la orden.
FECHA DE INICIO	11 de Abril del 2016
TERMINO DE CONTRATO	31 de Julio de 2016
VALOR MENSUAL	**DOS MILLÓNES SETECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL PESOS ($2'798.000) M/CTE**

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS DEL CONTRATISTA: En Cumplimiento del objeto descrito anteriormente, se considera necesario el desarrollo de las siguientes actividades

1. Realizar, liderar o apoyar las acciones de las diferentes actividades en los ámbitos, componentes y/o proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio en el contrato vigente entre el Hospital y la Secretaría Distrital de Salud.

2. Brindar asesoría técnica y direccionamiento a la comunidad en temas como: SGSS, eventos de interés en Salud Pública, normatividad, según línea de intervención o actividad al que sea designada.

3. Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos avalados por la Secretaría Distrital de Salud y el Hospital, de cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes: (Cronograma, informes, entre otros).

4. Presentación y acompañamiento a las auditorías internas y externas en caso de requerirse.

5. Llevar de forma ordenada un archivo físico y/o magnético de fácil consulta y verificación con el censo actualizado, conforme a lo establecido por los lineamientos de la Secretaria Distrital de Salud y el Hospital.

6. Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que le sean asignados y/o delegados.

7. Apoyar las demás actividades requeridas para el desarrollo del objeto del contrato relacionadas con Salud Pública e Institucional.

8. Atención, recepción, seguimiento y/o canalización de casos acorde a la situación de vulnerabilidad de la comunidad.

9. Disponer tiempos para reaccionar ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Localidad.

10. Realizar actividades de Alimentación y Nutrición conforme a la Resolución 412

11. Diseñar e implementar estrategias de promoción en Seguridad Alimentaria y Nutricional.

12. Posicionar las temáticas del Derecho a la Alimentación y Nutrición en la población en general.

13. Garantizar el uso racional del recurso físico y logístico a su cargo. .

14. Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).

Provisión de glosa: se retendrá con carácter provisional el 2% del valor del pago mensual corno provisión de glosa, mientras se realiza la respectiva auditora de cuenta interna.

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C a los Cinco (05) días del mes de Agosto de Dos Mil Dieciséis (2016) a solicitud del interesado.

Cordialmente,

ALVARO GALVIS BARRIOS
Asesor Jurídico

Proyecto: Johanna Marcela Ospina Cruz – Apoyo Asesoría Jurídica

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL PROCESO DE GESTION CONTRACTUAL Y SUPERVISION DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E HOY UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD RAFAEL URIBE URIBE E.S.E DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. SEGÚN ACUERDO 641 DE 2016 CON BASE EN LA REVISION DEL EXPEDIENTE Y LA DOCUMENTACIÓN FISICA

HACE CONSTAR:

Que el **HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** con **NIT**. 830.077.633-4, ubicado en la carrera 12D No. 26 A-62 sur y No. de Tel: 5966600, hoy fusionado en la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.** suscribió en su momento el con **DANIELA MONTAÑA JIMENEZ,** C.C. No. **1.016.015.964,** Con cumpliendo con el objeto del mismo y que a continuación se relaciona

N° OPS	VIGENCIA	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
420	2013	02 de Mayo de 2013	01 de Septiembre de 2013
1203	2013	09 de Octubre de 2013	02 de Febrero de 2015
321	2015	03 de Febrero de 2015	31 de Enero de 2016
379	2016	11 de Febrero de 2016	29 de Febrero de 2016
1238	2016	01 de Marzo de 2016	17 de Abril de 2016

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN NUTRICION II DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PUBLICA COMPONENTE GESTION PROGRAMAS INTERSECTORIAL DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS:

1.- Realizar las actividades relacionadas en los lineamientos establecidos por la Dirección de Salud Pública de la Secretaria Distrital de Salud, las cuales tienen que ver con el posicionamiento de Gestión de Programas en la Salud Publica e intersectorialidad en las políticas publicas conforme a los lineamientos establecidos por la Dirección de Salud de la Secretaria Distrital de Salud.

2.- Participar en espacios de gestión y coordinación de la política pública y sus componentes.

3.- Articulación permanente en los diferentes procesos misionales y de apoyo del Hospital

4.- Participar en los diferentes espacios locales y al interior de la ESE para posicionar las políticas públicas y programas de salud en los escenarios donde se construyan las agendas públicas.

5.- Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones.

6.- Notificar todos los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones,

especialmente en lo relacionado con la política publicas.

7.- Responder oportunamente por la información requerida por la coordinación del PIC

8.- Participar en las actividades de planificación y gestión de programas e intersectorialidad de la política publicas conforme a los requerimientos del equipo de gestión de programas e intersectorialidad.

9.- Las demas que en razon de susresponsabilidades sean necesarias por parte de la Secretaria de Salud.

10.- Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones contenidas en la cláusula OCTAVA de la presente orden de prestación de servicios, si a ello hubiera lugar. EL CONTRATISTA autoriza con la firma del presente contrato el descuento de los valores que se generen por glosas definitivas no subsanables aplicadas en contra de la E.S.E y con ocasión del desarrollo de sus actividades. **PARAGRAFO 1º:** Para efectos de responder por los valores señalados en la presente cláusula, el CONTRATISTA autoriza que durante la vigencia del presente contrato se efectuara una reserva hasta del cinco (5%) por ciento del valor total del contrato incluidas las adiciones, la cual se amortizara mensualmente yen tantas cuotas, cuantos meses de duración tenga la OPS.

11.- Informar por escrito con una antelación no inferior a Ocho (8) días hábiles al Supervisor del Contrato la solicitud de suspensión o terminación del contrato.
desarrollo de sus actividades.

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: $ 16.617.142.oo
$ 60.688.668.oo
$ 33.049.476.oo
$ 2.370.000.oo
$ 5.617.267.oo

Se expide la presente certificación a solicitud *de* **DANIELA MONTAÑA JIMENEZ,** en Bogotá D.C. a los Veintiocho (28) días del mes de junio de 2016.

Para mayor información favor comunicarse al 5966600 Ext. 1021 o dirigirse a la carrera 12D No. 26 A -62 sur, oficina de OPS

Cordialmente,

MASSIEL MAGALY NEIRA GONZALEZ
Profesional Universitario I OPS

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

Revisó: Massiel Magali Neira González–Profesional Universitario I- Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe
Elaboró: Claudia Jiménez – Auxiliar Administrativo II-Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.016.015.964
MONTAÑA JIMENEZ
APELLIDOS
DANIELA
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 11-MAR-1989
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.64
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
15-MAR-2007 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
A-1500150-00245984-F-1016015964-20100724
0023003872A 2
34827210

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14422769447

(415)7707212489984(8020) 000001442276944 7

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 0 1 6 0 1 5 9 6 4	2 0 0 7 0 3 1 5

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MONTAÑA	JIMENEZ	DANIELA	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 96 B 19 A 60 AP 202 TO A

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
dani_happy182@hotmail.com		3 0 0 3 7 2 3 7 2 0	8 0 3 4 8 7 0

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad: (Año Mes Día)	48. Código:	49. Fecha inicio actividad: (Año Mes Día)	50. Código:	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 3 0 3 0 1							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	1 2																									

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 7 0 7 2 9

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 MONTAÑA JIMENEZ DANIELA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 29-07-2017
Hora: 11:29:16 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1016015964-1 DANIELA MONTAÑA JIMENEZ

Información General

Dirección KR 96B 19A 60 AP 202 TO A

Teléfonos 8034870 - 3003723720

Dirección electrónica dani_happy182@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 18/01/2013

Soporte Inscripción 15100947

Fecha Inicio Actividades 06/02/2012

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002110307

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

Scanned by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA

COMISION DE EJERCICIO PROFESIONAL DE NUTRICION Y DIETETICA
Ley 73 del 28 de Diciembre de 1979
MATRICULA PROFESIONAL DE NUTRICIONISTA DIETISTA

Matricula No. MND 04279
Acta de aprobación N° 114 Fecha: 30/01/2013

MONTAÑA JIMENEZ
DANIELA
C.C. 1.016.015.964

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

DANIELA
MONTAÑA JIMENEZ
C.C. 1016015964

NUTRICIONISTA / DIETISTA

Expedicion 01/03/2013

COMISIÓN DE EJERCICIO PROFESIONAL DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

LEY 73 DE 1.979

RESOLUCIÓN Nº MND 04279
(30 de Enero de 2013)

"POR LA CUAL SE EXPIDE UNA MATRÍCULA PROFESIONAL"

La Comisión de Ejercicio Profesional de Nutrición y Dietética, en ejercicio de las facultades concedidas por la Ley 73 de 1979, su reglamento, y

CONSIDERANDO:

Que **DANIELA MONTAÑA JIMENEZ,** identificada con cédula de ciudadanía número 1.016.015.964 de Bogotá D.C, presentó y dejó en archivo los documentos requeridos para obtener la **Matrícula Profesional como Nutricionista Dietista,** con el fin de ejercer legalmente en la República de Colombia.

Que hecha la revisión de la documentación presentada, se encontró correcta y completa conforme a la Ley y a los Reglamentos de la Comisión, siendo aprobada mediante Acta número 114 de 20 de Enero de 2013.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Expedir a **DANIELA MONTAÑA JIMENEZ NUTRICIONISTA DIETISTA,** la Matrícula Profesional **Número MND 04279** para ejercer su profesión legalmente en la República de Colombia.

ARTÍCULO SEGUNDO: Radicar en el consecutivo correspondiente, la presente Resolución, archivar cuidadosamente el expediente que dio lugar a esta providencia y ordenar la elaboración y entrega a **DANIELA MONTAÑA JIMENEZ** de los documentos reglamentarios.

NOTIFÍQUESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá D.C. a los treinta (30) días del mes de Enero de dos mil trece (2013).

ROSALBA PINTO DE BLANCO
Presidenta

SONIA LILIANA PERTUZ CRUZ
Vicepresidenta

Nota: Esta Resolución hace parte integral de la MATRÍCULA PROFESIONAL, junto con la Tarjeta y el Certificado de Vigencia.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No **1259** *de* **08/02/2013**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MONTAÑA JIMENEZ DANIELA Identificado(a) con CC número 1016015964 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TITULO de NUTRICIONISTA / DIETISTA otorgado por LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA el día 27/07/2012 y registrado en el libro 4 Folio 37 año 2012.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a MONTAÑA JIMENEZ DANIELA identificado(a) con CC número 1016015964 expedida en BOGOTA D,C para ejercer la profesión de NUTRICIONISTA / DIETISTA 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.

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

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **08/02/2013**

ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.
Reviso : Andrea Casas Vargas.
Elaboro : Víctor Sánchez.

Bogotá, D.C 1/MARZO/2013
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) DANIELA MONTAÑA J
CC. # 1016015964.
Firma

ReTHUS

A continuación diligencie su identificación para proceder a consultar si se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud

TIPO DE IDENTIFICACIÓN *

Cédula de Ciudadanía ▼

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN *

1016015964

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

El ciudadano con Identificación CC 1016015964, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Código Prestador: 110010653701
Nit: 830029102-0
Dirección: Cra 24 Nro 84 - 37
Teléfono: 7560686
Email: conceptos@soandes.co

Fecha de Impresión: **2018/01/05 15:52:27**
Resultados Paraclinicos

Datos del Paciente

Identificación:	**CC - 1016015964**	Nro Historia:	**1016015964**
Paciente:	**MONTAÑA JIMENEZ DANIELA**	Nro Ingreso:	**709457**
Fecha Nac:	**1989/03/11**	Fecha Ingreso:	**2018-01-03 16:01:14**
Dirección:	**CARRERA 96 B 19A 60**	Origen:	**PTA SAS**
Edad:	**28 años**	Destino:	**FRESENIUS MEDICAL**
Teléfono:	**8034870**	Enfasis:	**OSTEOMUSCULAR**
Nombre del Cargo:	**NUTRICIONISTA**		

	Resultado	Unidad	V. de Referencia
	Hepatitis B, ANTICUERPOS S [ANTI-HBs] *		
INMUNOLOGÍA			
HEPATITIS B ANTI-ANTIGENO S (ANTI-HBSAG)	MAYOR DE 1000	MUI/ML	NO REACTIVO: MENOR DE 10 - REACTIVO: MAYOR DE 10
TÉCNICA:	.		TÉCNICA: QUIMIOLUMINISCENCIA
OBSERVACIONES	COLCAN BACT YELENA FIGUEROA		



ANA BEYBA ANGULO DELGADILLO
C.C. 52715445
Bacteriologo (a)

Copyright 2006 - 2018 Innovasoft Colombia S.A.S. Todos los Derechos Reservados.

MEDISED

CERTIFICADO OCUPACIONAL

MEDISED - SED SAS.

Fecha de impresión 16/11/2017 7.54 AM

IPS-R-057

Fecha del Examen 28/07/2017 8.30 AM
Tipo del Examen INGRESO 28/07/2017



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	MEDISED - SED SAS.	Nit	800.215.743-1
Dirección	Carrera 99 No. 18 - 40	Teléfonos	PBX 703 3444

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	DANIELA MONTAÑA JIMENEZ				
Identificación	CC Nro 1016015964				
Fecha de Nacimiento	1989/03/11	Edad	28	Sexo	FEMENINO
Empresa Contratante	SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL				
Cargo	NUTRICIONISTA				
Sucursal	BOGOTA				
Empresa Usuaria					

EXAMENES REALIZADOS

136085	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	Apto para desempeñar el cargo
RECOMENDACIONES	Examen fisico con enfasis en osteomuscular alterado. Uso de elementos de protección personal según factores de riesgo. Educación en riesgo ergonómico en sitio trabajo, levantamiento manual de cargas maximo 8 kg, evitar posturas o movimientos repetitivos con espalda. Higiene postural y biomecánica integral, Cultura del Auto cuidado. Capacitación en movimiento y levantamiento de cargas, realizar pausas activas cada 2 horas Ejercicio Cardiovascular 3 Veces Por Semana
OBSERVACIONES	Dieta balanceada, realizacion de actividad fisica regular, pausas activas e higiene de manos horarias, higiene postural, uso de epp´s. Uso de correccion optica permanente

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierto"

DANIELLA MONTAÑA JIMENEZ
CC 1016015964
Firma del trabajador Evaluado

XIOMARA ALBARRACIN
CC 1032358372 RM R M 25-3574/16
Firma y sello del médico

Scanned by CamScanner

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

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

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

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

FECHA:	2018-03-23	CIUDAD:	BOGOTÁ D.C	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ D.C

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	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
MONTAÑA	JIMÉNEZ	DANIELA			

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1016015964	BOGOTÁ D.C	2007-03-15
PASAPORTE		OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1989-03-11	BOGOTÁ D.C	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL						PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A)	CASADO(A)	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE	VIUDO(A)	X		2	3003723720

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGIS	POSGRADO X	UNIVERSITARIO	BACHILLER	PRIMARIA	NICO		CUAL:	NUTRICIONISTA
TECNOLOGO	OTRO							

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
KR 96B 19A 60 AP 202 T A	BOGOTÁ D.C	BOGOTÁ D.C	COLOMBIA	2672170

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
DANIMONJI8903@GMAIL.COM		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ROJAS	CASTILLO	RODRIGO	

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1030556599	BOGOTÁ D.C		
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X	NACIONALIDAD:	COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

GRAN CONTRIBUYENTE	SI		NO X	AGENTE RETENEDOR	SI		AGENTE AUTORETENEDOR	SI	
					NO X			NO X	

FUNCIONARIO PUBLICO			ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS			NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI	NO X		SI	NO X	SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA								# NIT	
GOBIERNO	X COMERCIAL	SERVICIOS	SALUD						
EXPORTACIONES	AGRICOLA	ENERGETICA	ANCIERA	ANSPORTE	CNOLOGIA	MENTOS	M ICAMENTOS		
OTRA	CUAL:								

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
KR 58 67D 31	3279797	BOGOTÁ D.C	BOGOTÁ D.C	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	NUTRICIONISTA	FECHA VINCULACION	2017-08-23

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

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	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 600.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 3.090.000	ARRIENDOS	$ 500.000	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 8.000.000
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 14.000.000	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 500.000	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	**$ 3.090.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 1.600.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 14.000.000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 8.000.000**

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TORRES	BEJARANO	CLAUDIA	ESPERANZA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CL 61 SUR 94B 57	BOGOTÁ D.C	COLEGA	3213144445

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	380285767	ISERRA 100	3820000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ RANSFERENCIAS ☐ STAMOS ☐ O SERVICIOS OT ☐

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

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

Nutricionista

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

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

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) DANIELA MONTAÑA JIMENEZ identificado(a) con cedula ciudadania 1.016.015.964 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20170301	No Registrada	282

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
TOMAS ROJAS MONTAÑA	HI	1016109718	RC	20170424	0	Activo	86
JACOBO ROJAS MONTAÑA	HI	1020003063	RC	20170301	0	Activo	192

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 18 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
10568744

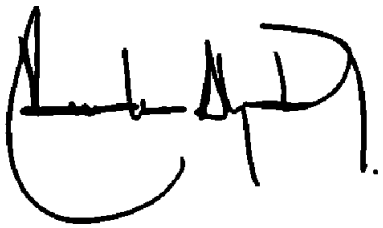
Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **DANIELA MONTAÑA JIMENEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,016,015,964**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 18 días del mes de Diciembre de 2018.



_____
Gerente de Clientes

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1016015864 Numero de Documento	Positiva ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Daniela		Montaña	Jiménez

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
11/03/1989	Bogotá D C	KR 96B 19A 60 A 202 T A	

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Compensar	Porvenir	

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

Correo Electrónico	Celular
danmonji8903@gmail.com	3003723720

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119398951

WEB
16:42:31

Bogotá DC, 18 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) DANIELA MONTAÑA JIMENEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1016015964:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 18 de diciembre de 2018, a las 16:52:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1016015964
Código de Verificación	1016015964181218165204

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2622081

Bogotá D.C., 18 de Diciembre de 2018 - 16:51 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **DANIELA MONTAÑA JIMENEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL DIECISEIS MILLONES QUINCE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO** de BOGOTA D.C.

1016015964

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_QA5U_5116
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 16:53:34 horas del 18/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1016015964**
Apellidos y Nombres: **MONTAÑA JIMENEZ DANIELA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MONTANA JIMENEZ DANIELA identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1016015964 está vinculado con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

☐	Cuenta Corriente No.	*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-*-	//
☒	Cuenta de Ahorros No.	380285767	abierta desde el22/08/12
☐	Créditos hasta por valor de $	0.00	

CONCEPTO: CUENTA ACTIVA A LA FECHA

Se expide en BOGOTA D.C. el dia 03 del mes de Marzo del año 2016 con destino a DANIELA MONTAÑA JIMENEZ

Banco de Bogotá
OFICINA FONTIBON-092

Firmas Autorizada

092 Fontibon

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

Scanned by CamScanner