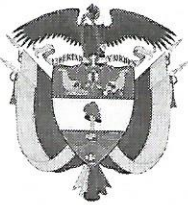


A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA			
PROCESO SOLICITANTE:	FECHA:	17/12/18	Nº FOLIOS:
NOMBRE DEL CANDIDATO:	DOCUMENTO:	101361509	
TELÉFONO:	ACTIVIDAD SOLICITADA:	Aux. Enfermería	
NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES). TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE			
B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO			
NECESIDAD DE PERSONAL OPS			
SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL			
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL			
SI ☐ NO ☐			
C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO			
1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI	☒
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI	☒
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI	☒
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☒
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	☒ N/A ☐
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	☒ N/A ☐
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	☐ NO ☒
8	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☐ N/A ☒
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	☒ N/A ☐
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI	☒ N/A ☐
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	☒
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT); CÓDIGO CIU <u>6692</u>	SI	☒
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☒
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☐ N/A ☒
15	TARJETA PROFESIONAL	SI	☐ N/A ☒
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	☒ N/A ☐
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	☒ N/A ☐
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI	☐ N/A ☒
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	☒ N/A ☐
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☒
21	CERTIFICADO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCIÓN No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa)	SI	☐ N/A ☒
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	☐ N/A ☒
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGÍA (Médico, Enfermera, Bacteriólogo, Citoistotecnólogo, Histocitotecnólogo) Resolución 2003 de 2014	SI	☐ N/A ☒
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI	☐ N/A ☒
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI	☐ N/A ☒
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	☐ N/A ☒
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI	☐ N/A ☒
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI	☐ N/A ☒
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI	☒
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: <u>ECUAPENSA</u>	SI	☒
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: <u>PROVIV</u>	SI	☒
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: <u>Seguros Belmex</u>)	SI	☒
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒
37	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI	☒
D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN			
Vº/Bº Responsable Talento Humano	Fecha:		
Vº/Bº Dirección Talento Humano	Fecha:		



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.

SIDEAPO
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PERSONAL

Última Actualización: 05-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PENHA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RAMIREZ	NOMBRES DIANA PAOLA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1013651509	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 21 MES JUL AÑO 1994 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 48L#5B-26 interior 8 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2794005 EMAIL dianapenha2018@gmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO bachiller académico	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO		
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES DICIEMBRE	AÑO 2012

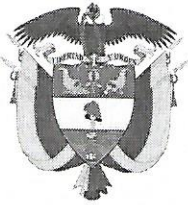
EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
TC	3	X	AUXILIAR DE ENFERMERIA	6 2015	



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.



Última Actualización: 05-dic-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD JDR ASISTENCIAMOS EU	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD thumano@jdrasistenciamos.com	
TELÉFONOS 4549621	FECHA DE INGRESO DÍA 25 MES 5 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 9 MES 7 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA lactario	DIRECCIÓN cra 73D#36-13 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD proyectar salud sas	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD recursosshumanos.proyectarsalud@gmail.com	
TELÉFONOS 2731671	FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 5 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 22 MES 12 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA domiciliaria	DIRECCIÓN calle 25g#7b-26	

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

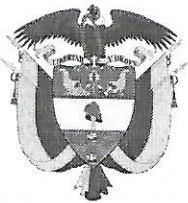
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	0	0
PRIVADO	1	9
PARTICULAR	0	2
TOTAL	1	11

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 05-dic-2018

Bogotá

10 / Diciembre / 2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Diana Penha

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DIANA PAOLA PENHA RAMIREZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1013651509 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección calle 48L#5B-26 interior 8

Teléfonos 3104349089 2794005

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
mathias orostegui penha	1021693615	HIJO(A)
laura sofia orostegui penha	1028621069	HIJO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 11.166.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 600.000,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 11.766.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	008380429475	BARRIO RESTREPO	\$ 3.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
HIJOS	GASTOS PERSONALES	\$ 1.000.000,00



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.



Última Actualización: 16-dic-2018

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
DIEGO ARMANDO OROSTEGUI	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	1013646142

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

Diana Penha
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 16-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31, del 22 de febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento N° 1350 del 22 de abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., Actualización del Programa Acuerdo N° 194 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa No. 15-090 del 20 de agosto de 2010, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

CONFIERE A:

DIANA PAOLA PÉREZ RAMÍREZ

C.C. 1.013.651.509 DE BOGOTÁ D.C.

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CUMPLADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS



NANCY TATINO GÓMEZ
DIRECTORA



PEDRO DEL PERAL ARZOLA
SECRETARIO ACADÉMICO

Cada en Bogotá, D.C. a los 19 Días del Mes de Junio de 2015.
Anulado en el Folio 34528 Del libro 06 del Registro de FUSDESA.



La República de Colombia

*El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el*

**Liceo Técnico Microempresarial
Feyser Gordillo Rojas
Centro de Estudios Microempresariales
C.E.M.**

*Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.
según Resolución No. 7511 de Noviembre 20 de 1998*

Confiero a:

Diana Paola Peña Ramírez

C.C. 1013651509 de Bogotá

El Título de:

Bachiller Técnico

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de
Educación Media Técnica satisfactoriamente según los planes y programas vigentes
y el Proyecto Educativo Institucional "Creatividad en Marcha"*



Acreditado al Folio No. 155 del libro No. 122 para el control interno de Diplomas

Emite en Bogotá D.C. a los 06 días del mes de Diciembre de 2019



**Colegio Liceo Técnico Microempresarial
Feyser Gordillo Rojas
C.E.M.**



Acta Individual de Grado

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los seis (06) días del mes de Diciembre de 2012 se reunieron con el fin de finalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria Académica del Colegio Liceo Técnico Microempresarial Feyser Gordillo Rojas, Institución Educativa aprobada y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, hasta grado ONCE en Educación Media Técnica, conforme a la resolución No. 7511 del 20 de noviembre de 1998.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a grado ONCE de Educación Técnica Media, se procedió a otorgar el título de BACHILLER ACADÉMICO TÉCNICO EN LA MODALIDAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS, al graduado que a continuación se relaciona:

Diana Paola Penha Ramírez

C.C. 1013651509 de Bogotá

De fiel copia tomada del Acta Original General N° 05 del seis de Diciembre del año 2012, consta de 23 alumnos; comienza con el nombre de APARICIO HOYOS PAULA ANDREA y cierra con el nombre de VILLARGAS MENDESES LUZ MARINA.

Dada en Bogotá D.C., a los 06 días del mes de Diciembre del año 2012 y firmada por el Rector YEHISMEK PACHECA CAMEN y la Secretaria Académica LUZ DARY CAMARGO.

YEHISMEK PACHECA CAMEN
C.C. 80.067.617 de Bogotá
Rector

LUZ DARY CAMARGO
C.C. 52.455.749
Secretaria Académica



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN
EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999
y licencia Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del programa Acuerdo N° 364 del 18 de Marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial
Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010,
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 033

ACTA INDIVIDUAL N° 14828

En Bogotá D.C. a los 19 días del Mes de Junio del año 2015,
DIANA PAOLA PENHA RAMÍREZ
Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 1.013.651.509 De Bogotá D.C.
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
AUXILIAR EN ENFERMERÍA, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS**.

Anotado en el Folio 14828 del Libro 06 del Registro de FUSDESA.



[Firma]
NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA



[Firma]
PEDRO GIL PEREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO

Bogotá D.C

Señores:

Fusdesa

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Diana Paola Peña Ramirez 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:

Auxiliar de Enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Diana Peña

No. de documento:

1013651509

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto:

Clle 48L #5b-26 int 8

Teléfono:

3104349089



NIT 900.504.285-3

PROYECTAR SALUD SAS

CERTIFICA QUE

La señora **DIANA PAOLA PENHA RAMIREZ**, identificada con la cédula de ciudadanía No. **1.013.651.509** de Bogotá, laboro con nosotros con un contrato término indefinido desde el día 06 de Mayo del 2016 hasta el 22 de Diciembre del 2016, con el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**.

La presente certificación se expide a los 24 días del mes de Enero de 2017.

Cordialmente,

Nidia Forigua
NIDIA FORIGUA CARRILLO
Coordinadora Talento Humano

PROYECTAR SALUD S.A.S.
Talento Humano

SEDE BOGOTÁ: Calle 26 G No. 54 A 61 Barrio Morelia/ pbx: 2731871 - 300 2468888
SEDE CUNDINAMARCA: Girardot, Cra. 8 No. 20-47 Oficina 203 Edificio AMEQ Cel 3112955216
SEDE TOLIMA: Ibagué Calle 54 No. 7 b 26 Rincón de Piedra Pintada 2 Sector Tel (8) 2668902
recursoshumanos.proyectarsalud@gmail.com



JDR ASISTENCIAMOS E.U



"Organización prestadora de servicios de asesoría e implementación en áreas administrativas y operativas de empresas del sector público y privado".

CERTIFICACIÓN

La suscrita Coordinadora de Talento Humano de la Compañía **JDR ASISTENCIAMOS E.U.** persona de derechos privados NIT 830.098.300-7 certifica que la señora **PENHA RAMIREZ DIANA PAOLA**, identificada con cédula **1.013.651.509**, laboró desde el día 25/05/2017 hasta el día 09/07/2018, donde desempeñó el cargo de **AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES**, el motivo de su retiro fue voluntario.

La presente se expide a solicitud del interesado(a) Nueve (09) días del mes de Julio de 2018.

Gloria Esperanza Idárraga Jiménez
Coordinadora de Talento Humano

Carrera 73D No 36 – 13 Sur Teléfonos: PBX: 4549651-4549621-4549615
www.jdrasistenciamos.com e-mail: humano@jdrasistenciamos.com
Bogotá, D.C

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.013.651.509**

PENHA RAMIREZ

APELLIDOS

DIANA PAOLA

NOMBRES

DIANA PAOLA

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-JUL-1994**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

13-AGO-2012 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00397259-F-1013651509-20120906

0031001812A 1

38906254

 <small>Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales</small>	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal	 <small>Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado</small>	001
2. Concepto ☐ 0 ☒ 1 Inscripción Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario 14359128600	
		 <small>(415)7707212489984(8020) 000001435912860 0</small>	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 0 1 3 6 5 1 5 0 9 8 </div>	6. DV 8	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">3 2</div>
IDENTIFICACION			
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida ☒ 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía ☒ 1 ☐ 3	
26. Número de identificación: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 0 1 3 6 5 1 5 0 9 </div>		27. Fecha expedición: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 2 0 1 2 0 8 1 3 </div>	
Lugar de expedición 28. País: COLOMBIA ☒ 1 ☐ 6 ☐ 9		29. Departamento: Bogotá D.C. ☒ 1 ☐ 1	
30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. ☒ 0 ☐ 0 ☐ 1			
31. Primer apellido PENHA	32. Segundo apellido RAMIREZ	33. Primer nombre DIANA	34. Otros nombres PAOLA
35. Razón social:			
36. Nombre comercial:			
37. Sigla:			
UBICACION			
38. País: COLOMBIA ☒ 1 ☐ 6 ☐ 9		39. Departamento: Bogotá D.C. ☒ 1 ☐ 1	
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. ☒ 0 ☐ 0 ☐ 1			
41. Dirección principal CL 48 L 5 B 26 IN 8			
42. Correo electrónico: dianapenha2711@gmail.com		43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 2 7 9 4 0 0 5 </div>
		45. Teléfono 2: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 3 1 1 5 4 4 5 7 1 9 </div>	
CLASIFICACION			
Actividad económica		Ocupación	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 46. Código: 8 6 9 2 </div> <div> 47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 5 1 1 2 0 </div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 48. Código: </div> <div> 49. Fecha inicio actividad: </div> </div>	
50. Código: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 2 </div>		51. Código: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> </div>	
52. Número establecimientos: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> </div>			
Responsabilidades, Calidades y Atributos			
53. Código: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18</div> <div>2 0</div> </div>			
20- Obtención NIT			
Usuarios aduaneros		Exportadores	
54. Código: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</div> <div></div> </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 55. Forma </div> <div> 56. Tipo </div> </div>	
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 57. Modo </div> <div> 58. CPC </div> </div>	
Para uso exclusivo de la DIAN			
59. Anexos: SI ☒ NO ☐		60. No. de Folios: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 2 </div>	
61. Fecha: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 2 0 1 5 1 2 2 2 </div>			
La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada. Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013 Firma del solicitante: <div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">Diana Penha</div>		Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: <div style="font-size: 1.5em; font-family: cursive;">Olaya Tovar</div>	
984. Nombre OLAYA TOVAR NORMA CONSTANZA		985. Cargo: Gestor I	



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 10-07-2018

Hora: 8:44:11 AM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE CC 1013651509 DIANA PAOLA PENHA RAMIREZ

Información General

Dirección CL 48L 5B 26 IN 8

Teléfonos 2794005-3115445719

Dirección electrónica dianapenha2711@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 10/07/2018

Soporte Inscripción 23441666

Fecha Inicio Actividades 20/11/2015

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica 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: 18003015916



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

Fuente ICA TE TOCA

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 686 de 19/01/2016

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

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

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 por el cual modifica parcialmente el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 8211 de julio de 1989 y 449 de febrero 8 de 1993 del ministerio de Salud y, Resolución No 001390 del 10 de marzo de 1997, Ley 1164 de 2007, Resolución 3030 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) PENHA RAMIREZ DIANA PAOLA Identificado(a) con CC número 1013651509 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION DE SOCORRISTAS "FUSDESA", el día 19/06/2015.

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 PENHA RAMIREZ DIANA PAOLA identificado(a) con CC número 1013651509 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, el profesional quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 19/01/2016

Isabel Cristina Artunduaga P.

*Directora de Calidad de
Servicios de Salud (E)*

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA.

Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Bogotá, D.C. 04-Mayo-2016
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Diana Paola Penha
CC. # 1013651509
Firma Diana Penha

Reviso : Daniel Ortiz B.

Elabora : Víctor Sánchez

Cra. 32 No. 12-81

Tel.: 364 9090

www.saludcapital.gov.co



BOGOTÁ

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

1013651509

Primer Nombre *

diana

Primer Apellido *

penha

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-05→2:08:30 PM -2018-12-05→2:09:32 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1013651509	DIANA	PAOLA	PENHA	RAMIREZ	Ver

Información Detallada [CC: 1013651509] DIANA PAOLA PENHA RAMIREZ**2018-12-05→2:09:32 PM****Información Académica**

Tipo Programa	Origen Obtención	Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local		NO DISPONIBLE	2016/1/19	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
AUX	Local		TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	2016/1/19	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1013651509
Nombres y Apellidos	DIANA PAOLA PENHA RAMIREZ		
Fecha de nacimiento:	21/07/1994		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis	04/12/2017	Bostrix	AC37B252AA - 30 JUNIO 2019	HOSPITAL SAN BLAS
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	21/09/2013	Engerix B Adultos	035L3004	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO
	Segunda dosis	19/10/2013	Engerix B Adultos	035L3004	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO
	Tercera dosis	16/11/2013	Engerix B Adultos	035L3004	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO
	Refuerzo	12/06/2015	Engerix B Adultos	1434018	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única				
Td	Primera dosis	21/09/2013	Toxoide Tetánico y diftérico	024L1009E	
	Segunda dosis	19/10/2013	Toxoide Tetánico y diftérico	024L1015B	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO
	Tercera dosis	03/06/2014	Toxoide Tetánico y diftérico	024M015C	
	Cuarta dosis	12/06/2015	Toxoide Tetánico y diftérico	D2221	IPS TANIA SALUD ANTONIO NARIÑO

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1013651509
Nombres y Apellidos	DIANA PAOLA PENHA RAMIREZ		
Fecha de nacimiento:	21/07/1994		

Td	Quinta dosis	20/09/2016	Toxoide Tetánico y diftérico	D2277	CORPORACION NUESTRA IPS - IPS OLAYA
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis	21/09/2013	Priorix	J5208	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO



OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARÍA DE SALUD

CP: 110011775101/02 - NIT: 900.171.517-3

MEDICINA GENERAL
FISIOLOGÍA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍA: FETOS GRANDES
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
LABORATORIO
SALUD OCUPACIONAL
MEDICINA DE TRABAJO

IMPORTANTE: no confíe su salud a tramitadores en la calle, acuda a los centros médicos autorizados por la Secretaría Distrital de Salud.

NOTA: este certificado médico es válido en el formato original y con el sello seco.

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(Según lo dispuesto en las Resoluciones 2348/2007, 1818/2009, 1409/2012 y la NTC 4115)

MOTIVO DE EVALUACIÓN

FECHA: 11/07/18 INGRESO ☒ EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐ TRAB. EN ALTURAS ☐ ESPAC. CONFINADOS ☐ MAN. ALIMENTOS ☐

NOMBRE: DIANA PAOLA PERHA RAMIREZ

CEDULA: 1.013.651.509

TELÉFONO O CELULAR

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO ☒ AUDIOMETRÍA ☐ VISIOMETRÍA ☐ ESPIROMETRÍA ☐ LABORATORIO CLÍNICO ☐ PRUEBA VESTIBULAR ☐

INFORMACIÓN ORGANIZACIÓN

NOMBRE DE LA EMPRESA: SUBRED CENTRO ORIENTE

CARGO: AUXILIAR DE ENFERMERIA

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA

APTO. PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

☒

APTO. CON RESTRICCIONES

APTO. CON PATOLOGÍA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO

☐

APLAZADO

APTO. CON PATOLOGÍA QUE INTERFIERE PARA EL CARGO

☐

NO APTO

RESULTADO EXAMENES

MEDICO

OBSERVACIONES

EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: HOMBROS: amplitud de movimiento, rotación interna/externa, prueba del supraespinoso, prueba de despegue, signo de Neer, prueba de O'Brien, prueba de Hawkins-Kennedy: normales; CODO: prueba de Cozen, flexión del codo por 60 segundos: normales; MANO: prueba de Finkelstein: normal, Tinell, Phalen: normales; COLUMNA Y MIEMBROS INFERIORES: Lasague, prueba de Lachman, cajón anterior, prueba de pivote, prueba de Thessaly y modificada de McMurray: normales

TIPO DE RESTRICCIÓN

NINGUNA.

COMENTARIOS EXAMEN PERIÓDICO

COMENTARIOS EXAMEN DE EGRESO

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

ducción al cargo (Art 13 Dec 2646/05). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el bajo (Res 1075, 1016, 7036, 1956, Dec. 1106 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06). stión, peligro biológico mediante inmunización contra hepatitis B, influenza y tétano o las que se requieran (gtc 45). Instrucciones sobre las buenas cticas en la seguridad y detección temprana de eventos adversos en el paciente (Res. 1446/2009). Uso de los elementos de bioseguridad (guantes, abocacos, trajes anti fluidos, gafas, etc.) la exposición radiográfica y en el manejo de agentes químicos y biológicos peligrosos (Arts 150 y 101 de la r 9). Gestión peligro biomédico y en pausas activas- charlas sobre higiene postural-sillas ajustables (Ley 1355/09, GTC 45). Mantener el lugar de ajo en orden y aseo. Pausas activas- charlas sobre higiene postural con nutricionista

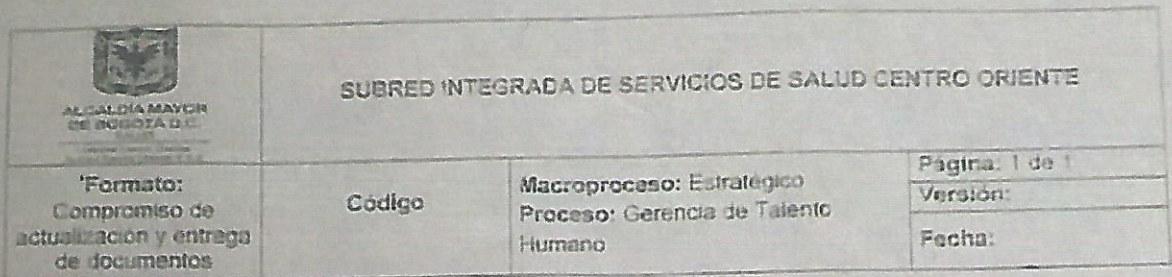
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE

1.013.651.509

IMPORTANTE: Para verificar la autenticidad de este certificado, por favor, compruebe que el documento tenga el sello seco de la institución o llame a los teléfonos que aparecen al final del certificado para comprobar si el trabajador asistió a la toma de los exámenes médicos ocupacionales. **ATENCIÓN:** Falsedad en documento privado que falsifique documento privado que pueda servir de prueba, incurrirá, si lo usa, en prisión de uno (1) a seis (6) años. (Artículo 289 del Código penal Colombiano).

Principal : Cra. 21 No. 26-52 sur. Tel: 278 3189 FAX: 408 19 86 Sede: Cra. 21 No. 23 - 38 sur - Tel: 239 7687
Barrio Olaya - centromedicoolaya@gmail.com



Bogotá, D.C., 08 de ENERO de 2019
 día mes año

Yo DIANA PADA PENHA RAMIREZ
Identificado/a con CC No 1013651509, me comprometo a
actualizar y entregar a la oficina de Talento Humano el (los)
documento(s): CURSO DE VIOLENCIA SEXUAL

para que pueda(n) ser adjuntado(s) como soporte de mi hoja de vida, con fecha maxima 08 DE MARZO DE 2019

Estoy informado/a que el pago del mes inmediatamente posterior a la fecha límite, está sujeto al cumplimiento del presente compromiso.

Cordialmente

Firma: DIANA PENHA
 Correo de contacto: dianapenha2711@gmail.com
 Dirección de contacto: c/le 486 #5b-26 INT 8
 Teléfono: 2794005 , 3704399089



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

FECHA: 17/12/18 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca
Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Penta SEGUNDO APELLIDO: Ramirez PRIMER NOMBRE: Diana SEGUNDO NOMBRE: Paola
TIPO DE IDENTIFICACION: CC ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACION: 1013651009 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): Bogotá FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 2012/08/13
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐
FECHA NACIMIENTO: 21/09/1994 LUGAR NACIMIENTO: Bogotá PAIS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiana
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☐ CASA ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ PERSONA A CARGO: 2 NUMERO DE HIJOS: 2 TELEFONO CELULAR: 3104349009
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA: MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ TECNICO ☒ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ OTRO ☐ CUAL: Aux. Enfermería

DIRECCION RESIDENCIA: C/le 48L # 56-26 inta 2 CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS RESIDENCIA: Colombia TELEFONO RESIDENCIA: 2794005
CORREO ELECTRONICO: dianapentah2711@gmail.com PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene): CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAIS: TELEFONO/FAX:

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: Orostegui SEGUNDO APELLIDO: Pascagaza PRIMER NOMBRE: Diego SEGUNDO NOMBRE: Armando
TIPO DE IDENTIFICACION: CC ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ NUMERO IDENTIFICACION: 1013646142 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): Bogotá FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 2012/01/11
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐ NACIONALIDAD: Colombiana

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐ CUAL:
SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ OTRA
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA: SI ☐ NO ☒ IVA: SI ☐ NO ☐ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 8692 PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐
GRATY CONTRIBUYENTE: SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR: SI ☐ NO ☒ AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☒

FUNCIÓNARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐	NO ☐	SI ☐	NO ☒	Subred integrada de servicios de salud	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐		# NIT	
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐
OTRA ☐	CUAL: X				
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	
CARGO ACTUAL		Auxiliar de enfermería		FECHA VINCULACION	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	
TOTAL INGRESOS		TOTAL EGRESOS		TOTAL ACTIVOS	
16000000		1'000'000		\$ 0	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	
6. REFERENCIAS PERSONALES					
(No debe ser familiar ni estar con el Cliente a Contraste y debe ser localizable en el Registro Laboral)					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
Herrera		Torres		Laura	
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION	
Cra 38 bis #48 537 Sur		Bogotá		Amiga	
				3115445719	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NÚMERO	
Ocupación		Ahorros		008380429475	
				Restrepo	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO					
☐					
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NÚMERO	
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS					
IMPORT ☐ EXPORTA ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ CUAL: ☐					
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS					
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando fe de que todo lo aqui consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".					
1. Que los recursos que entregue y entregare a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):					
Auxiliar de enfermería					
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)					
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.					
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.					
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.					
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.					
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.					

FUNCIÓNARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐	NO ☐	SI ☐	NO ☒	Subred integrada de servicios de salud	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐		# NIT	
EXPORTACIONES ☐		AGRICOLA ☐		ENERGETICA ☐	
OTRA ☐		CUAL: X		FINANCIERA ☐	
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDAD MUNICIPIO	
CARGO ACTUAL		Auxiliar de enfermería		FECHA VINCULACION	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	
DESCRIPCION ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCION		TIPO SOCIEDAD	
5. INFORMACION FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
PASIVOS		SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	
HONORARIOS		ARRENDOS		AHORROS	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		INVERSIONES	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		VEHICULOS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		PROPIEDADES	
TOTAL INGRESOS		TOTAL EGRESOS		OTROS ACTIVOS*	
16000000		1'000'000		TOTAL ACTIVOS	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	
DESCRIPCION OTROS PASIVOS		TOTAL PASIVOS		S 0	
6. REFERENCIAS PERSONALES		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		DIRECCION	
CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR	
Herrera		Torres		Laura	
Cra 50 # 48 537 Sur		Bogotá		Amiga	
3115445719		7. REFERENCIA FINANCIERA		NOMBRE ENTIDAD	
TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		SUCURSAL	
TELEFONO		Ocupiéndola		Ahorros	
008880429475		Refrejo		MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO	
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	
PAIS/CIUDAD		MONEDA		MONTÓ PROMEDIO	
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS		IMPORTACION		EXPORTACION	
TRANSFERENCIA		PRESTAMOS		PAGO SERVICIOS	
CUAL:		8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS		Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aqui consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".	
1. Que los recursos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):		Auxiliar de enfermería		2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)	
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.		4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.		5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.	
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.		7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.			

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

10. AUTORIZACIÓN, REPORTE Y CONSULTA A LAS ENTIDADES DE RIESGO. AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIEROS, CREDITARIOS, COMERCIALES, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAÍSES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

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 prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIONES: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal 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, teléfono 3 44 44 84, e-mail: sarlaft@subredcentrooriente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. **(INDICAR DIRECCIÓN CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO).**

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

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

Diana Penha

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7**

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) DIANA PAOLA PENHA RAMIREZ identificado(a) con cedula ciudadanía 1.013.651.509 , 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
20180710	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación	Semanas Cotizadas
DIEGO ARMANDO OROSTEGUI PASCAGAZA	CP	1013646142	CC	20180322	0	Activo	239
MATHIAS OROSTEGUI PENHA	HI	1021693615	RC	20180322	0	Activo	27
LAURA SOFIA OROSTEGUI PENHA	HI	1028621069	RC	20180322	0	Activo	114

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 8 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:

DIANAPENHA2711@GMAIL.COM

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



10520714





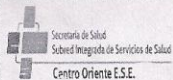
**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3**

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **DIANA PAOLA PENHA RAMIREZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,013,651,509**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 05 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1013651509		SEGUROS BOLIVAR	
Numero de Documento		ARL	
DIANA	PAOLA	PENHA	RAMIREZ
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
21-07-1994	BOGOTA	Calle 48L # 5B-26 INT 8	2794005
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
COMPENSAR	PORVENIR	\$	Honorarios
EPS - Salud	AFP - Pensiones		
Auxiliar de Enfermería		Fecha Inicio del Contrato	
Objeto Contractual (Cargo)			
dianapenha2711@gmail.com		3104349089	
Correo Electrónico		Celular	
Diana Penha		Firma y Nombre Supervisor del Contrato	
Firma del Afiliado		C.C.	

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

Transacciones en línea

Afiliación trabajador

Compañía de Seguros Bolívar S.A. [COJ]

https://art.segurosbolivar.com/vps/portal/consultas/consulta_publica_art/afiliacion_trabajador

En pausa

SEGUROS BOLÍVAR

Consultas > Consulta Pública ARL > Afiliación trabajador

CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese la información solicitada.
* Campos obligatorios

La persona identificada con CC-1013651509 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolívar

Tipo de Documento *

Número de Documento *

64hy4

Confirmar imagen *

CONSULTAR

© 2016 - Seguros Bolívar

Todos los derechos reservados 2016

8:09

ES

11:01 a.m.

06/12/2018

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118844326



WEB
14:19:00
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 05 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIANA PAOLA PENHA RAMIREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013651509:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCION COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 05 de diciembre de 2018, a las 14:24:08, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1013651509
Código de Verificación	1013651509181205142408

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C.
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

CGR

Página 1 de 1



Bogotá D.C., 6 de Diciembre de 2018 - 17:54 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL TRECE MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL QUINIENTOS NUEVE**

1013651509

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_HZRV_5317**

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 14:31:44 horas del 05/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1013651509**

Apellidos y Nombres: **PENHA RAMIREZ DIANA PAOLA**

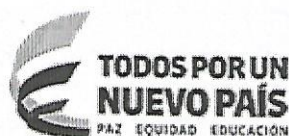
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



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



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2016/05/04

Por medio de la presente hacemos constar que la señora DIANA PAOLA PENHA RAMIREZ
con Cédula de Ciudadanía número 1013651509
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 008380429475

Fecha Apertura 2016/05/04

Cordialmente,



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA