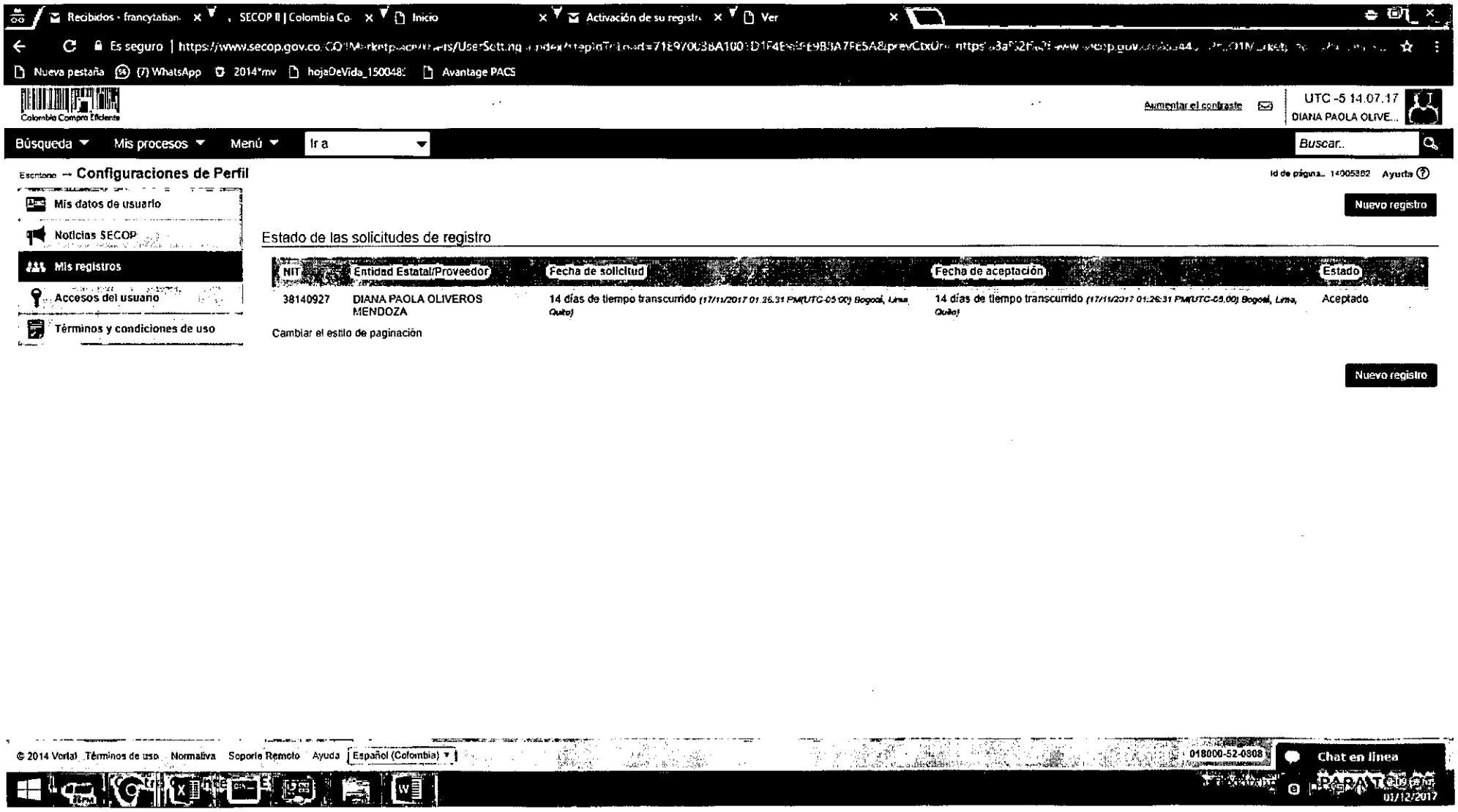

Recibidos - francytatian
SECOP II | Colombia Co
Inicio
Activación de su registro
Ver
Es seguro | https://www.secop.gov.co
Nueva pestaña
(7) WhatsApp
2014*mv
hojaDeVida_150048
Avantage PACS
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 14.07.17
DIANA PAOLA OLIVE...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar..
Escritorio
Configuraciones de Perfil
Id de página.. 14005382
Ayuda
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Nuevo registro
Estado de las solicitudes de registro
NIT
Entidad Estatal/Proveedor
Fecha de solicitud
Fecha de aceptación
Estado
38140927
DIANA PAOLA OLIVEROS MENDOZA
14 días de tiempo transcurrido (17/11/2017 01:26:31 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
14 días de tiempo transcurrido (17/11/2017 01:26:31 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Aceptado
Cambiar el estilo de paginación
Nuevo registro
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808
Chat en línea
01/12/2017

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

Última Actualización: 14-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
OLIVEROS	MENDOZA	DIANA PAOLA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 38140927

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 14 MES MAY AÑO 1980

PAÍS: Colombia

DEPTO: Tolima

CIUDAD: Ibagué

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CALLE 129D 121C 51 SUBA villa maria APT 402 BL 121

PAÍS: Colombia DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C. TELEFONO: 3444484

EMAIL: ipaoliveros@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO.
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 1998
										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		TRABAJADOR(A) SOCIAL	3	2017	333993824-1
UN	8	X		TRABAJADOR SOCIAL			333993824-1

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

Scanned by CamScanner

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
Última Actualización: 14-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	scsanblas@gmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3008589404	DIA 1 MES 1 AÑO 2018	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
trabajadora social	atención al usuario participación social	TRANVERSAL 5 ESTE 19-50 SUR

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Unidad Prestadora de Servicios de salud CENTRO ORIENTE	X		Colombia

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

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3725610	DIA 19 MES 5 AÑO 2015	DIA 30 MES 12 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR ATENCION AL USURIO	ATENCION AL USUARIO CALL CENTER	CALLE22 SUR #8A 58

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CYM CONSULTORES MINISTERIO DE EDUCACIoN.		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	administracion@cmconsultores.com.co

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7434850	DIA 30 MES 9 AÑO 2014	DIA 24 MES 11 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUDITOR DE CAMPO	AUDITORIA.	CALLE 96 N 13 69 NORTE

Scanned by CamScanner

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

Última Actualización: 14-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: FUNDACION LA ESPERANZA DE AMALY ICBF	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: fundamaly@gmail.com
TELÉFONOS: 4216836	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 2 AÑO 2013		*FECHA DE RETIRO*: DIA 16 MES 7 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE TRABAJO SOCIAL.	*DEPENDENCIA*: PSICOSOCIAL.		*DIRECCIÓN*: CALLE 22L 96H 45 FONTIBON

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ASAMBLEA DEPARTAMENTAL DEL TOLIMA.	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:
TELÉFONOS: 3204527453	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 2 AÑO 1999		*FECHA DE RETIRO*: DIA 15 MES 9 AÑO 1999
CARGO O CONTRATO: ASISTETE DIPUTADO DEPARTAMENTAL	*DEPENDENCIA*: ASAMBLEA		*DIRECCIÓN*: CARRERA 1 CENTRO.

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	9
PRIVADO	1	7
PARTICULAR	0	0
TOTAL	5	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Scanned by CamScanner

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: 14-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 14-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DIANA PAOLA OLIVEROS MENDOZA
IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 38140927 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CALLE 129D 121C 51 SUBA villa maria APT 402 BL 121 **Teléfonos** 3166604467 3444484

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
NEIDA MENDOZA	28681662	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	$ 3.088.000,00
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	$ 3.088.000,00

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	007170517549	ISERRA 100	$ 13.000,00

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

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 14-dic-2018

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
ADAMIN ALBERTO NIEVES SUAREZ	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	17815376

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

La República de Colombia

y en su nombre

El Colegio Cooperativo de Bachillerato

"Los Andes"

Ibagué - Tolima

Aprobado por la Gobernación del Departamento del Tolima, según Resolución No. 376 del 6 de julio de 1993.

Confiere a:

Diana Paola Oliveros Mendoza

Identificado(a) con la C.C. No. 38.140.927 de Ibagué (Tol.)

El título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes

Hugo Noé Cruz Chaves
C.C. No. 5.042.161 del Líbano (Tol.)
Rector

Adonella Rozo
C.C. No. 28.532.023 de Ibagué (Tol.)
Secretaria

Dado en Ibagué, Tolima el 2 de Noviembre de 1998

Acta General de Graduación No. 02 de Noviembre de 1998

Folio No. 82

Este diploma no requiere registro ante la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Tolima (Decreto 021 de Mayo 6 de 1994)

Scanned by CamScanner

La Corporación Universitaria Republicana

Personería Jurídica No. 3061 del Ministerio de Educación Nacional. Código ICFES 2837

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que

Diana Paola Oliveros Mendoza

C.C. 38.140.927 Ibagué

Aprobó los estudios programados por la Corporación y cumplió
los requisitos exigidos por los Reglamentos y la Ley, le confiere el título de

Especialista en Derecho de Familia

En testimonio de lo expuesto se expide el presente Diploma que así lo acredita.

Bogotá, D.C., Colombia, Septiembre 27 de 2018

Rector (p) | Secretaria General | Decano

Diploma No. 6501 Asentado al folio 059 del libro de Registro No. 011 Fecha: septiembre 27 de 2018

1999
Scientia et Sapientia

Scanned by CamScanner

La Corporación Universitaria Republicana

Personería Jurídica No. 3061 del Ministerio de Educación Nacional. Código ICFES 2837

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que

Diana Paola Oliveros Mendoza

C.C. 38.140.927 Ibagué

Aprobó los estudios programados por la Corporación y cumplió
los requisitos exigidos por los Reglamentos y la Ley, le confiere el título de

Trabajadora Social

En testimonio de lo expuesto se expide el presente Diploma que así lo acredita.

Bogotá, D.C., Colombia, Marzo 31 de 2017

Vicerrector

Secretaria General

Decano

Diploma No. 4860

Anotado al folio 013 del libro de Registro No. 009 Fecha, Marzo 31 De 2017

1999
Scientia et Sapientia

Scanned by CamScanner

Colegio Cooperativo de Bachillerato

"Los Andes"

Manzana D Casa 2 Vía Jardín 3a Etapa * Teléfonos 675516 - 658421
Ibagué - Tolima

Inscripción S.E. 331090

Inscripción Dane: 373001068121

Jornada: TARDE

Acta Individual de Graduación

En Ibagué, Tolima a los 28 días del mes de Noviembre de 1998 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Rector y Secretaria, en la Rectoría del Colegio Cooperativo de Bachillerato "Los Andes", Institución autorizada por la Gobernación del Departamento del Tolima para otorgar el título de Bachiller Académico, según Resolución No. 376 del 6 de Julio de 1993.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el título de:

Bachiller Académico

Al graduando cuyos nombres, apellidos e identificación se relacionan a continuación:

Diana Paola Oliveros Mendoza

Identificado(a) con la C.C. No. 38.140.927 de Ibagué (Tol.)

Es copia tomada del Libro de Actas Generales de Grado, Tólio(s) No(s) 81, 82, 83, 84, 85
Acta No. 06 de Noviembre 28 de 1998 que consta de alumnos

Dada en Ibagué, Tolima a los 28 días del mes de Noviembre de 1998.

Firmado por:

Colegio Cooperativo de Bachillerato "LOS ANDES" SECCION DIURNA RECTORIA IBAGUE

Olga Nay Cruz Chaves
C.C. No. 5.942.161 de Líbano (Tol.)
Rector

Adonelia Roza
C.C. No. 28.532.023 de Ibagué (Tol.)
Secretaria

Litosistemas Teléfax 614146 - 625018 * Ibagué

Scanned by CamScanner

Corporación Universitaria Republicana

Personería Jurídica No. 3061 del Ministerio de Educación Nacional. Código ICFES 2837

Institución de Educación Superior

Sujeta a Inspección y Vigilancia por el Ministerio de Educación Nacional

Acta de Grado

En la ciudad de Bogotá D.C. el día 27 de septiembre de 2018 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por el Doctor Gerardino Vivas Hernández, Rector (e), en el cual la Corporación Universitaria Republicana, previo el juramento reglamentario, confirió el título de:

ESPECIALISTA EN DERECHO DE FAMILIA

A

DIANA PAOLA OLIVEROS MENDOZA

Identificado(a) con C.C. No. 38.140.927 de Ibagué, quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos y las normas legales; le otorgó el Diploma No. 6501 que lo (la) acredita como tal.

La Corporación Universitaria Republicana está autorizada para conferir este título por las normas legales vigentes en Colombia.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Bogotá D.C. el 27 de septiembre de 2018.

Firmada por

Gerardino Vivas Hernández	**Nubia Esperanza Rodríguez Calderón**	**Iván Alfonso Cancino González**
Rector (e)	Secretaria General	Decano

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Bogotá D.C. 27 de septiembre de 2018.

Nubia Esperanza Rodríguez Calderón
Secretaria General

Tomado del Acta General No. 763
Anotado al folio No. 059 Libro 011
Del 27 de septiembre de 2018

No. 7712

Scanned by CamScanner

Corporación Universitaria Republicana

Personería Jurídica No. 3061 del Ministerio de Educación Nacional. Código ICFES 2837

Institución de Educación Superior

Acta de Grado

En la ciudad de Bogotá D.C. el día 31 de marzo de 2017 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por el Doctor Gerardino Vivas Hernández, Vicerrector, en el cual la Corporación Universitaria Republicana, previo el juramento reglamentario, confirió el título de:

TRABAJADORA SOCIAL

A

DIANA PAOLA OLIVEROS MENDOZA

Identificado(a) con C.C. No. 38.140.927 de Ibagué, quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos y las normas legales; le otorgó el Diploma No. 4860 que lo (la) acredita como tal.

La Corporación Universitaria Republicana está autorizada para conferir este título por las normas legales vigentes en Colombia.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Bogotá D.C. el 31 de marzo de 2017.

Firmada por

Gerardino Vivas Hernández
Vicerrector

Nubia Esperanza Rodríguez Calderón
Secretaria General

Jazmín Alvarado González
Decana

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Bogotá D.C. 31 de marzo de 2017.

Corporación Universitaria Republicana de Colombia
SECRETARIA GENERAL
BOGOTÁ D.C.

Nubia Esperanza Rodríguez Calderón
Secretaria General

Tomado del Acta General No. 604
Anotado al folio No. 013 Libro 009
Del 31 de marzo de 2017

No. 5562

Scanned by CamScanner

LA CORPORACIÓN UNIVERSITARIA REPUBLICANA Y LA FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

CERTIFICAN QUE:

DIANA PAOLA OLIVEROS MENDOZA

C.C 38140927 DE IBAGUE

ASISTIÓ Y APROBÓ AL DIPLOMADO

"TRABAJO SOCIAL Y DINÁMICAS CONTEMPORÁNEAS"

CON UNA INTENSIDAD DE 80 HORAS

BOGOTÁ D.C., MAYO DE 2011

OLGA LUCÍA PÉREZ RUÍZ
DECANA
FACULTAD TRABAJO SOCIAL

DORY LUZ GONZÁLEZ HERNÁNDEZ
COORDINADORA EXTENSIÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN

Este documento certifica que

diana paola oliveros mendoza

realizó el curso de

Inducción - Hospital La Victoria

9 de junio de 2015

HOSPITAL La Victoria Empresa Social del Estado

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CERTIFICA

QUE **DIANA PAOLA OLIVEROS MENDOZA** CC 38140927

APROBO WINDOWS, OFFICE

Introducción a los Computadores; Sistema Operativo Windows; Office (Procesador de textos Word, Hoja de Calculo Excel y Presentador Power Point); Internet

DURACION 260 HORAS

Jefe de Area

Registro y Certificación

Ibagué, 7 de Diciembre de 1999

Ciudad y Fecha de Terminación

CENTRO COMERCIO Y SERVICIOS

Centro de Formación

9900681 - 7 de Diciembre de 1999

No. y Fecha de Registro

122275

CERTIFICADO DE APROBACION FS - 138 / 10-95

Bogotá D.C

Señores:

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA REPUBLICANA.
(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 OLIVEROS MENDOZA 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:

TRABAJADORA SOCIAL.
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma DIANA PAOLA OLIVEROS MENDOZA.

Tarjeta profesional No: 333993824-1

Dirección de contacto: CALLE 129D NUMERO 121C – 51

Teléfono: 3166604467

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA REPUBLICANA.
(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 OLIVEROS MENDOZA 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:

ESPECIALIZACIÓN DERECHO DE FAMILIA.
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma DIANA PAOLA OLIVEROS MENDOZA.

Tarjeta profesional No: 333993824-1

Dirección de contacto: CALLE 129D NUMERO 121C – 51

Teléfono: 3166604467

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

COLEGIO LOS ANDES .
(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 OLIVEROS MENDOZA en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

BACHILLER ACADÉMICO
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma DIANA PAOLA OLIVEROS MENDOZA.

Tarjeta profesional No: 333993824-1

Dirección de contacto: CALLE 129D NUMERO 121C – 51

Teléfono: 3166604467

Scanned by CamScanner

CM-0892

LA SUSCRITA GERENTE DE TALENTO HUMANO

DE C & M CONSULTORES S.A.

NIT. 830.061.474 – 1

CERTIFICA QUE:

La señora **DIANA PAOLA OLIVEROS MENDOZA**, Identificada con la cédula de ciudadanía No. 38.140.927 de Ibagué, prestó sus servicios como **AUDITOR DE CAMPO** desde el 30 de septiembre de 2014 hasta el 24 de noviembre de 2014 en la ejecución del contrato No. 486 de 2014, suscrito entre el Ministerio de Educación Nacional y C & M Consultores S.A., cuyo objeto consistió *"Realizar auditoría censal a la información de matrícula (oficial – contratada) y el Directorio Único de Establecimientos Educativos, DUE, a través de los sistemas de información que el Ministerio de Educación Nacional ha dispuesto para tal fin en las entidades territoriales establecidas para la vigencia 2014, así como realizar la auditoría financiera, presupuestal, contable y de contratación a los Fondos de Servicios Educativos, para las entidades territoriales de Santa Marta o Buenaventura de acuerdo con el grupo adjudicado. GRUPO No. 1"*

Su vinculación fue a través de un contrato por prestación de servicios y sus principales obligaciones fueron:

- Realizar las visitas a los lugares en los cuales se realiza la auditoría presencial de matrícula, DUE y verificación en las Sedes educativas cuando así lo amerité.
- Implementar el procedimiento definido en la Guía de visita.
- Aplicar los formatos para la recolección de información y datos siguiendo el procedimiento establecido, diligenciando la totalidad de campos establecidos en los mismos.

- Transmitir diariamente la información sobre el estado de las verificaciones y hallazgos evidenciados en las actas de visita, realizando el cargue directo de la misma en el Sistema de Información implementado.
- Informar mediante el mecanismo de hallazgo de reporte inmediato sobre las situaciones observadas que evidencian supuestas irregularidades.

Expedida en Bogotá, a los cinco (05) días del mes de diciembre del año dos mil diecisiete (2017).

Atentamente,

CATALINA BARRIOS HENAO

Proyectó: SMH

LA ESPERANZA DE AMALY

NIT: 900.307.313-7

LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL DE LA

FUNDACION LA ESPERANZA DE AMALY

CERTIFICA

Que: **DIANA PAOLA OLIVEROS MENDOZA,** identificada con C.C. No. 38.140.927 de Ibague, cumplio las practicas de: **Visitas Domociliarias, Base de Datos, Elaboracion y Ejecucion de Ptroyectos, Seguimientos de Llamadas a jovenes y Familias,** en nuestra Fundaciòn desde el mes de Febrero de 2013, hasta la fecha.

Durante sus practicas, se desempeó con un alto nivel de competencia en las funciones propias de su cargo.

La presente certificacion se expide en Bogotá a los dieciseis (16) dias del mes de Julio de 2014.

PATRICIA GONZALEZ AGUIRRE

Calle 22 L N° 96H - 45 Barrio El Rubí, Fontibón
Teléfono: 4216836
fundamaly@gmail.com

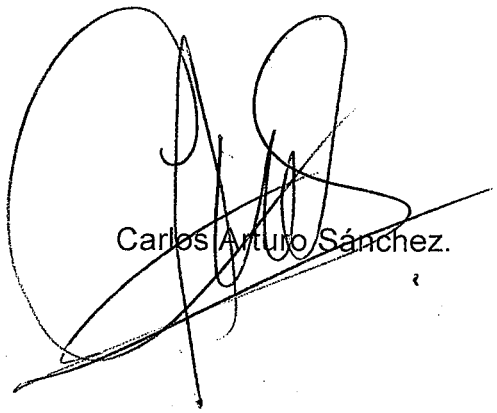
ASAMBLEA DEPARTAMENTAL
DEL TOLIMA

Certifica que.

Por medio de la presente certificamos que la señorita Diana Paola oliveros Mendoza identificada con el número de cedula 38140927 de Ibagué Tolima, laboro en nuestras instalaciones por un periodo de ocho (8) meses a partir del 1 de febrero de 1999 hasta septiembre 15 de 1999 desempeñando el cargo como ASISTENTE DE DIPUTADO DE CHAPARRAL TOLIMA, Carlos Arturo Sánchez del municipio de chaparral Tolima durante su periodo correspondiente.

Se firma la presente certificación a solicitud del interesado en la ciudad de Ibagué el 11 de Octubre de 1999.

Cordialmente



Carlos Arturo Sánchez.

Asamblea departamental del Tolima
Dirección: Calle 11 No. 2-29 Edificio Gobernación del Tolima, Ibagué, Colombia
Teléfono: (57) 8-2622626 - Fax: (57) 8-2622622
Correo electrónico: secretariageneralasambleatolima@hotmail.com
Correo electrónico para notificaciones judiciales: secretariageneralasambleatolima@hotmail.com
Horario de atención: Lunes a Jueves 8:00 A.M - 6:00 PM y Viernes 8:00 A.M - 5:00 PM

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38.140.927
OLIVEROS MENDOZA

APELLIDOS

DIANA PAOLA

NOMBRES

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 14-MAY-1980
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

19-AGO-1998 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500100-00024345-F-0038140927-20001012 0004293525A 1 6170016938

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14439178261

(415)7707212489984(8020) 000001443917826 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
3 8 1 4 0 9 2 7	0	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	3 8 1 4 0 9 2 7	1 9 9 8 0 8 1 9

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OLIVEROS	MENDOZA	DIANA	PAOLA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACIÓN

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
CL 129 D 121 C 51 BRR VILLA MARIA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
dipaoliveros@gmail.com		3 2 0 2 2 0 9 8 0 4	

CLASIFICACION

Actividades económicas | **Ocupación**

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades					
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2	51. Código	52. Número establecimientos	
8 6 9 2	2 0 1 7 1 1 2 4	8 6 9 9	2 0 1 7 1 1 2 4		7 4 9 0				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	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 1 1 2 4

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 GIL VILLAMIL RICARDO ANDRES
985. Cargo: Analista V

Fecha generación documento PDF: 24-11-2017 08:08:13AM

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 24-11-2017
Hora: 8:51:28 AM

CONTRIBUYENTE NIT 38140927-0 DIANA PAOLA OLIVEROS MENDOZA

Información General

Dirección CL 129 D 121 C 51

Teléfonos 3202209804

Dirección electrónica dipaoliveros@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 24/11/2008

Soporte Inscripción 13022233

Fecha Inicio Actividades 24/11/2008

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: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. E EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 3: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (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 SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002428154

Consejo Nacional de Trabajo Social

Ley 53 de 1977 Decreto Reglamentario No. 2833 de 1981

TRABAJADOR (A) SOCIAL

Código: 333993824-I

Registro: 38.140.927

Nombres: Diana Paola

Apellidos: Oliveros Mendoza

Inscripción: 23 de mayo de 2017

Vigencia: 23 de mayo de 2027

Consejo Nacional de Trabajo Social

Ley 53 de 1977 Decreto Reglamentario No. 2833 de 1981

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN Y EXPEDICIÓN DEL REGISTRO PROFESIONAL

LA DIRECCIÓN EJECUTIVA DEL CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

HACE CONSTAR QUE:

1. **DIANA PAOLA OLIVEROS MENDOZA**, con cédula de ciudadanía No. 38140927 de Ibagué (Tolima), el 23 de mayo de 2017 solicitó su inscripción ante este Consejo, acompañada de la documentación exigida,

2. La solicitud fue estudiada y la documentación verificada, comprobándose que la solicitante es trabajadora social, graduada en la CORPORACION UNIVERSITARIA REPUBLICANA.

3. Fue aprobada su inscripción ante el Consejo Nacional de Trabajo Social y la expedición del registro profesional, cumpliendo con lo ordenado por el artículo sexto de la Ley 53 de 1977 y el artículo 4 del Decreto 2833 de 1981, para poder ejercer la profesión de Trabajo Social en Colombia.

4. Para tal fin, por la facultad que le otorga la Resolución 0014 (abril 24 de 1991), la Presidenta del Consejo autorizó la inscripción y la expedición de su registro profesional, mediante la Resolución 0391 (31 de mayo de 2017), en la que también se incluyeron otros trabajadores sociales.

5. Cumpliendo con el mandato del artículo 22 de la Ley 962 de 2005 (julio 8), *acerca del Número Único de Identificación Personal* (NUIP), el número de su registro es el mismo de su cédula: 38140927 (con código: 333993824-I, utilizado por el Consejo en la base de datos).

6. Este registro profesional tendrá una vigencia de 10 años: desde el 23 de Mayo de 2017 hasta el 23 de mayo de 2027.

Bogotá D.C., 31 de mayo de 2017.

Firma valida

Consejo Nacional de Trabajo Social
Ley 53 de 1977 - Decreto Reglamentario No. 2833 de 1981

Firmado digitalmente por
Clara Inés Rodriguez Hoyos
Directora Ejecutiva

Verificación:
correogeneral@consejonacionaldetrabajosocial.org.co

Elaborado por: Adriana Lizeth Acosta Cruz

DIRECCION EJECUTIVA: Calle 78 No. 12 A - 15, Localidad Chapinero - PBX: 248 4683
e-mail: correogeneral@consejonacionaldetrabajosocial.org.co - www.consejonacionaldetrabajosocial.org.co
Bogotá D.C., Colombia

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: viernes, 01 de diciembre de 2017 03:01 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	38140927
Nombres y Apellidos	DIANA PAOLA OLIVEROS MENDOZA		
Fecha de nacimiento:	14/05/1980		

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				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
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	08/05/2015	Hepavax Gene	145213	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM SUBA
	Segunda dosis	17/11/2017	Engerix B Adultos	1434033.01 - 9 enero 2020	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM SUBA
	Tercera dosis	02/01/2017	Hepavax Gene	143402601 03/2019	UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR AV 1 DE MAYO
Influenza	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: viernes, 01 de diciembre de 2017 03:01 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	38140927
Nombres y Apellidos	DIANA PAOLA OLIVEROS MENDOZA		
Fecha de nacimiento:	14/05/1980		

Td	Primera dosis	08/08/2013	Toxoide Tetánico y diftérico	024L1009C	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM SUBA
	Segunda dosis	12/09/2013	Toxoide Tetánico y diftérico	O24L1009E	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM SUBA
	Tercera dosis	08/05/2015	Toxoide Tetánico y diftérico	D2221	CENTRO DE ATENCION EN SALUD CAFAM SUBA
	Cuarta dosis	02/01/2017	Toxoide Tetánico y diftérico	D2284 6/18	UPA LA VICTORIA
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				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

CERTIFICADO MÉDICO LABORAL

Ciudad: Bogotá

Fecha de certificado: 17 de Noviembre de 2017 Certificado de: Ingreso

1. DATOS PERSONALES

Nombre(s) y apellido(s): DIANA PAOLA OLIVEROS MENDOZA
Cédula de ciudadanía N°: 38.140.927 De Ibagué Tolima

Cargo: AUXILIAR ATENCIÓN AL USUARIO CALL CENTER

2. CONCEPTO

El médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo referidas por el trabajador, emite que la persona identificada en el numeral 1 es:

APTO [x]
APTO CON RESTRICCIÓN TEMPORAL [ ]
APTO CON RESTRICCIÓN DEFINITIVA [ ]
NO APTO [ ]

3. RECOMENDACIONES MEDICAS OCUPACIONALES

- Capacitación en higiene postural
- Pausas activas: cada 3 horas por 10 minutos.
- Uso de elementos de protección personal según exposición
- Hábitos nutricionales saludables
- Actividad física regular
- Seguimiento en sistema de inteligencia epidemiológica: No aplica
- Control periódico: No aplica
- Actualizar esquema de vacunación: INFLUENZA ANUAL.

4. RESTRICCIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

NINGUNA

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

Firma - Médico Ocupacional
L.S.O. N° 4626/2014

Firma del trabajador
c.c. 38140927

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:		CIUDAD:	BOGOTA D.C	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
OLIVEROS	MENDOZA	DIANA	PAOLA	

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
X	C.E	R.C	NUIP	38140927	IBAGUE -TOLIMA	1998-08-19
PASAPORTE		OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1980-05-14	IBAGUE - TOLIMA.	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A)	CASADO(A)	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE X	1	0	316604467
VIUDO(A)						

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	TECNOLOGO	BACHILLER	OTRO	PRIMARIA	TECNICO	CUAL: ESPECIALIZACION DERECHO EN FAMILIA.	TRABAJADORA SOCIAL.
	X								

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 129D #121C – 51	BOGOTA	CUNDINAMARCA	BOGOTA	316604467

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
dipatrabajosocial@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
NIEVES	SUAREZ	ADAMIN	ALBERTO

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C X	C.E	R.C	NUIP	17815376	DISTRACCION – GUAJIRA.	2000- 06 – 27	
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X	NACIONALIDAD:	COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐ NO ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	86,99
			ICA	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒	
FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA				
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒					

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

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ INANCIERA ☐ RANSPORTE ☐ ECNOLOGIA ☐ LIMENTOS ☐ EDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE .

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CARRERA 14B 1-45	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL	TRABAJADORA SOCIAL		FECHA VINCULACION	

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	$ 3.088.800	GASTOS FAMILIARES	$ 500.000	AHORROS	$ 600.000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	$ 500.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 450.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 3.088.800	TOTAL EGRESOS	$ 1.450.000	TOTAL ACTIVOS	$ 600.000	TOTAL PASIVOS	

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PEDRAZA	REINOZO	ELAINE	DEL PILAR
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CALLE 115 PEPE SIERRA	BOGOTA D.C	AMIGA	3143288254

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA ISERRA	AHORROS	7170517549	ISERRA 100	

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 ☐ E☐RTACION T☐SFERENCIAS PRE☐MOS PA☐ERVICIOS OTRA ☐ ☐ CUAL:

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

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.):

TRABAJO SOCIAL.

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades 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 requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

Scanned by CamScanner

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, telefono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.

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

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

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona jurídica 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 Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail surlaft@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

DIANA PAOLA OLIVEROS MENDOZA CC 38.140.997

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 ☐	

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:			

Scanned by CamScanner

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DIANA PAOLA OLIVEROS MENDOZA identificado(a) con CC 38140927 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/06/2013**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 30 días del mes de noviembre del año 2018.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

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

Scanned by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

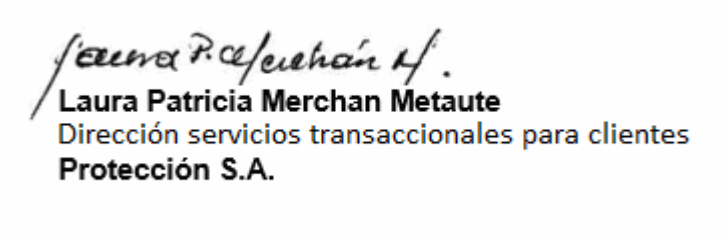
NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **OLIVEROS MENDOZA DIANA PAOLA** identificado(a) con **CC** número **38.140.927** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 11 de septiembre de 2006 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 16 de diciembre de 2018.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

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

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

2018121618280

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

38.140.927	Bolivar.
Numero de Documento	ARL

Diana	Pada	Oliveros	Mendoza
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

14 mayo/80	Ibagué - Tolima	Cra 129d # 121C-51	3166604467.
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Famisanar	Proteccion	$ 3.088.800
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Trabajadora Social	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

dipatrabajosocial@gmail.com	3166604467.
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

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

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 118611724

WEB
10:37:41

Bogotá DC, 30 de noviembre 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 OLIVEROS MENDOZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 38140927:

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.

Scanned by CamScanner

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 viernes 30 de noviembre de 2018, a las 10:34:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	38140927
Código de Verificación	38140927181130103434

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

Scanned by CamScanner

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2570685

Bogotá D.C., 30 de Noviembre de 2018 - 10:32 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **DIANA PAOLA OLIVEROS MENDOZA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **TREINTA Y OCHO MILLONES CIENTO CUARENTA MIL NOVECIENTOS VEINTISIETE** de IBAGUE

38140927

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 Jazmín 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 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: 11_LGUUR_3110
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Scanned by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:39:29 horas del 30/11/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **38140927**
Apellidos y Nombres: **OLIVEROS MENDOZA 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.

Scanned by CamScanner

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2017/11/16
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora DIANA PAOLA OLIVEROS MENDOZA
con Cédula de Ciudadanía número 38140927
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	007170517549
Fecha Apertura	2013/03/04

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

DAVIVIENDA
0084 - OFICINA VEINTE DE JULIO