

25/12/2017

Confirmación de registro de Proveedor



[Ayuda al usuario](#)



UTC -5 22:58:56



Buscar por procesos

Menú

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones LILIANA PATRICIA BARÓN RIAÑO,

Liliana Patricia Barón con el NIT 52523535 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >

Buscar...

Id de página: 14601741 Ayuda ?



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 18-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO BARON	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RIANO	NOMBRES LILIANA PATRICIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52523535	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 30 MES SEP AÑO 1978 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Crea 100#30_68 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4622854 EMAIL lilica_342@hotmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO Bachiller	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	☒ 11º	MES DICIEMBRE	AÑO 2004

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO 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	TÉCNICO PROFESIONAL EN ENFERMERÍA	8 2011	52523535



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.

SIDEAPO
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-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
CLINICA SAN RAFAEL		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3282300	DÍA 10 MES 8 AÑO 2012		DÍA 17 MES 12 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASITENCIAL	CRA 8#17-45	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Sub red integrada de servicios de salud centro oriente	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3725610	DÍA 16 MES 3 AÑO 2012		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASITENCIAL	Diagonal 39 Sur #3-20 Este	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	6	9
PRIVADO	6	4
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	9

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.



Última Actualización: 18-dic-2018

Dic. 18/18
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Liliana Patricia Baron
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



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



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LILIANA PATRICIA BARON RIAÑO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52523535 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Crea 10D#30_68

Teléfonos 3118954100 4622854

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARTHA ELENA RIAÑO URICOECHEA	41721857	MADRE
JESUS BARON GUARIN	19259200	PADRE
DAVID SANTIAGO VALENZUELA BARON	1034661427	HIJO(A)
JHONATAN STEVEN VALENZUELA BARON	1031172119	HIJO(A)
JUAN SEBASTIAN VALENZUELA BARON	1011921	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	\$ 14.300.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 160.000,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 12.585.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 27.045.000,00

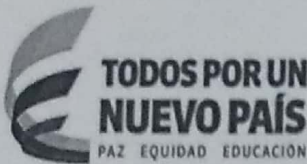
b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
ITAU	AHORROS	765041833	PAB CLINICA SAN	\$ 316.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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



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

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.
SIDEAP
Sistema Integrado de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica
Última Actualización: 18-dic-2018

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
CITI BANCK	TARJETA DE CRÉDITO	\$ 8.000.000,00
colpatría	tarjetas de crédito y terceros	\$ 1.000.000,00
falabella	tarjeta de crédito	\$ 2.400.000,00
cooperativa jfk	credito	\$ 10.000.000,00
FAMILIAR	GASTOS MENSUALES	\$ 1.200.000,00

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

c) En la actualidad: **SI** ☒ **NO** ☐ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

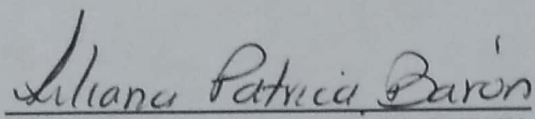
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
LUCAS VALENZUELA machado	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	79394413

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:

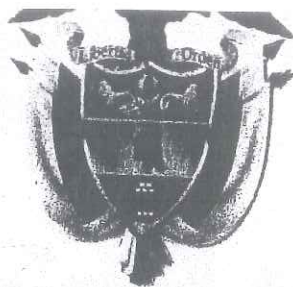
DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
AUXILIAR DE ENFERMERIA	EMPLEO

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 18-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

LILIANA PATRICIA BARON RIAÑO

con documento de identificación No. CC.52523535

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el -

Título

de

TECNICO PROFESIONAL EN ENFERMERÍA

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en BOGOTÁ
a los 12 días del mes de Agosto de 2011.

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SUBDIRECTOR(A) CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL



La República de Colombia
y en su nombre la

Institución Educativa Distrital Restrepo Millán

Jornada Nocturna

Autorizada por la Secretaría de Educación Distrital, según
Resolución No. 2266 del 12 de agosto de 2003

Confiere a:

Liliana Patricia Barón Riaño

Identificado(a) co.: C.C. 52.523.535 de Santafé de Bogotá

El Título de:

Bachiller Académico

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



Doris Stella Vergara de Monsalve
Doris Stella Vergara de Monsalve
Rectora

Julietta López Villa
Julietta López Villa
Secretaria

Registro Interno

Acta No. 46 Folio No. 15



REGIONAL DISTRITO CAPITAL

ACTA DE GRADO

No. y Fecha de Registro : 642331 del 05/08/2011

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO QUE:

LILIANA PATRICIA BARON RIAÑO

con documento de identificación No. CC.52523535

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE

TECNICO PROFESIONAL EN ENFERMERÍA

En constancia de lo anterior se firma la presente en BOGOTÁ a los 12 días del mes de
Agosto de 2011.

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SUBDIRECTOR(A) CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

Acta Individual de Grado
Institución Educativa Distrital
Restrepo Millán
Jornada Nocturna

INSCRIPCIÓN SED. 2185

DANE : 111001010928

En la ciudad de Bogotá, D.C., el día 1 (primero) del mes de diciembre del año 2004 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de ultimo grado, las suscritas Rectora y Secretaria; en la Rectoría de la Institución Educativa Distrital Restrepo Millán, Jornada Nocturna, Institución aprobada hasta Nueva Visita, en el nivel de Educación Media Vocacional, y autorizada por la Secretaría de Educación Distrital para otorgar el Título de BACHILLER en la modalidad Académica, según Resolución de integración No. 2266 del 12 de agosto de 2003.

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 y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

Liliana Patricia Barón Riaño
Identificado(a) con C.C. 52.523.535 de Santafé de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original N° 046 de fecha 1 de diciembre de 2004, que consta de 137 alumnos graduados, comienza con el nombre de ACOSTA GÓMEZ SEGUNDA SILVIA HELENA y se cierra con el nombre de YPUS GIRALDO SANDRA MILENA.

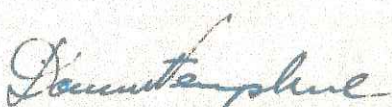
Firmada por Doris Stella Vergara de Monsalve, Rectora y Julieta López Villa Secretaria; en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7º. del Decreto 180 de 1981.

No requiere ser Registrada en la Secretaria de Educación según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1.994.

No requiere de sellos según Decreto 2150 del 5 de diciembre de 1995, Artículo 11

No requiere ser autenticados en notaria según Decreto 1024 del 15 abril de 1982

Dada en Bogotá, D.C. el Primero de Diciembre de 2004


DORIS STELLA VERGARA DE MONSALVE
Rectora


JULIETA LOPEZ VILLA
Secretaria



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Centro Oriente E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO
ORIENTE E.S.E
LABORATORIO CLINICO, TOXICOLOGIA Y SERVICIO TRANSFUSIONAL**

Hace constar que:

BARON RIAÑO LILIANA PATRICIA
C.C.52523535

Participo en la capacitación-taller en:

TOMA DE MUESTRA

Que incluyo las siguientes actividades: normatividad, técnica toma de muestra sanguínea, microbiológica y servicio transfusional, contenedor, orden de llenado y cantidad, marcación de muestras, diligenciamiento orden, causas de no aceptación de muestras, puntos de control en la toma de muestra.

Intensidad dos (2) horas

Esta certificación se firma a los 3 (tres) días del mes de diciembre de 2018.

NUBIA INES VARELA MORATO
*Referente laboratorio clínico
Toxicología y servicio transfusional*

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
**Escuela para Auxiliares
de Enfermería San Rafael**
BOGOTÁ COLOMBIA

Otorga A:

Liliana Patricia Barón Riaño

Identificada(o) con C.C. N° 52.523.535

**PARTICIPÓ Y APROBÓ EL CURSO DE
“FORMACIÓN EN ATENCIÓN DEL PACIENTE DE CUIDADO
INTENSIVO - URGENCIAS ADULTOS”**

CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

PATRICIA GÓMEZ MORENO
Directora

Realizado en Bogotá D.C, 19 de Diciembre de 2017



ORDEN HOSPITALARIA DE
San Juan de Dios
PROVINCIA COLOMBIANA



**Hospital Universitario
Clínica San Rafael**

**EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL**

HACE CONSTAR

Que el(a) Señor (a) **LILIANA PATRICIA BARON RIAÑO** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía numero **52.523.535** expedida en **BOGOTA D.C.**, está vinculado(a) a la institución desempeñando el cargo de **AUXILIAR ENFERMERIA** desde la fecha **10 de agosto de 2012**, con contrato termino **Fijo** y un devengo mensual de **Un millón once mil trescientos sesenta de pesos mcte (\$ 1.011.360,00)**

Dirigida a:

Se expide el presente en Bogotá D.C., a los 17 días del mes de diciembre de 2018.

SERGIO IVAN MEJIA LEMA
Director de Talento Humano
Hospital Universitario Clínica San Rafael

Dirección: Carrera 8 17-45 Sur. Teléfono +57 (1) 3282300 Bogotá D.C. Colombia





CERTIFICACIÓN

ADECCO COLOMBIA SA, se permite **CERTIFICAR** que la señora **LILIANA PATRICIA BARON RIAÑO**, mayor de edad, identificado con Cédula de Ciudadanía número **52523535** expedida en Bogotá, laboró al servicio de esta compañía desde el **29/04/2016** hasta el **01/11/2016** ante la empresa usuaria **FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS**, mediante un contrato Labor Contratada, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**.

La presente se expide a solicitud del trabajador dirigida a **A QUIEN INTERESE**, con fecha miércoles, 13 de diciembre de 2017.

Atentamente

Jose Mauricio Mendez Roza
Lider de Contratacion
3259500 ext 129
Jose.Mendez@adecco.com



CERTIFICACIÓN

ADECCO COLOMBIA SA, se permite **CERTIFICAR** que la señora **LILIANA PATRICIA BARON RIAÑO**, mayor de edad, identificado con Cédula de Ciudadanía número **52523535** expedida en Bogotá, laboró al servicio de esta compañía desde el **21/04/2015** hasta el **08/04/2016** ante la empresa usuaria **FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS**, mediante un contrato Labor Contratada, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**.

La presente se expide a solicitud del trabajador dirigida a **A QUIEN INTERESE**, con fecha miércoles, 13 de diciembre de 2017.

Atentamente

Jose Mauricio Mendez Roza
Lider de Contratacion
3259500 ext 129
Jose.Mendez@adecco.com

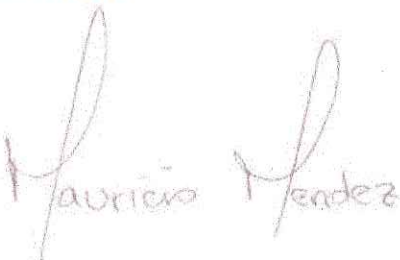


CERTIFICACIÓN

ADECCO COLOMBIA SA, se permite **CERTIFICAR** que la señora **LILIANA PATRICIA BARON RIAÑO**, mayor de edad, identificado con Cédula de Ciudadanía número **52523535** expedida en Bogotá, laboró al servicio de esta compañía desde el **05/02/2014** hasta el **31/03/2015** ante la empresa usuaria **FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS**, mediante un contrato Labor Contratada, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**.

La presente se expide a solicitud del trabajador dirigida a **A QUIEN INTERESE**, con fecha miércoles, 13 de diciembre de 2017.

Atentamente



Jose Mauricio Mendez Roza
Lider de Contratacion
3259500 ext 129
Jose.Mendez@adecco.com

Bogotá D.C

Señores:

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Liliana Patricia Barón Riano 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:

Técnico Profesional en Enfermería
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Liliana Patricia Barón

No. de documento: 52523535

Tarjeta profesional No: 52523535

Dirección de contacto: Rta 100 # 30-68 Sur

Teléfono: 3119954100



**Hospital Universitario
Clínica San Rafael**

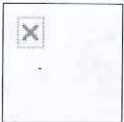
**EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL**

HACE CONSTAR

Que el(a) Señor (a) **LILIANA PATRICIA BARON RIAÑO** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía numero **52.523.535** expedida en **BOGOTA D.C.**, está vinculado(a) a la institución desempeñando el cargo de **AUXILIAR ENFERMERIA** desde la fecha **10 de agosto de 2012**, con contrato termino **Fijo** y un devengo mensual de **Novecientos cincuenta y tres mil trescientos pesos mcte (\$ 953.300,00)**

Se expide el presente en Bogotá D.C., a los 15 días del mes de diciembre de 2017.

SERGIO IVAN MEJIA LEMA
Director de Talento Humano
Hospital Universitario Clínica San Rafael





CERTIFICACIÓN

ADECCO COLOMBIA SA, se permite **CERTIFICAR** que la señora **LILIANA PATRICIA BARON RIAÑO**, mayor de edad, identificado con Cédula de Ciudadanía número **52523535** expedida en Bogotá, laboró al servicio de esta compañía desde el **29/04/2016** hasta el **01/11/2016** ante la empresa usuaria **FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS**, mediante un contrato Labor Contratada, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**.

La presente se expide a solicitud del trabajador dirigida a **A QUIEN INTERESE**, con fecha miércoles, 13 de diciembre de 2017.

Atentamente

A handwritten signature in dark ink, which appears to read "Mauricio Mendez".

Jose Mauricio Mendez Roza
Lider de Contratacion
3259500 ext 129
Jose.Mendez@adecco.com



CERTIFICACIÓN

ADECCO COLOMBIA SA, se permite **CERTIFICAR** que la señora **LILIANA PATRICIA BARON RIAÑO**, mayor de edad, identificado con Cédula de Ciudadanía número **52523535** expedida en Bogotá, laboró al servicio de esta compañía desde el **21/04/2015** hasta el **08/04/2016** ante la empresa usuaria **FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS**, mediante un contrato Labor Contratada, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**.

La presente se expide a solicitud del trabajador dirigida a **A QUIEN INTERESE**, con fecha miércoles, 13 de diciembre de 2017.

Atentamente

A handwritten signature in dark ink, which appears to read "Mauricio Mendez".

Jose Mauricio Mendez Roza
Lider de Contratacion
3259500 ext 129
Jose.Mendez@adecco.com



CERTIFICACIÓN

ADECCO COLOMBIA SA, se permite **CERTIFICAR** que la señora **LILIANA PATRICIA BARON RIAÑO**, mayor de edad, identificado con Cédula de Ciudadanía número **52523535** expedida en Bogotá, laboró al servicio de esta compañía desde el **05/02/2014** hasta el **31/03/2015** ante la empresa usuaria **FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS**, mediante un contrato Labor Contratada, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**.

La presente se expide a solicitud del trabajador dirigida a **A QUIEN INTERESE**, con fecha miércoles, 13 de diciembre de 2017.

Atentamente

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Mauricio Mendez", is written over a horizontal line.

Jose Mauricio Mendez Roza
Lider de Contratacion
3259500 ext 129
Jose.Mendez@adecco.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.523.535

BARON RIAÑO

APELLIDOS

LILIANA PATRICIA

NOMBRES

Liliana Patricia Baron R.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-SEP-1978
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

B+

F

ESTATURA

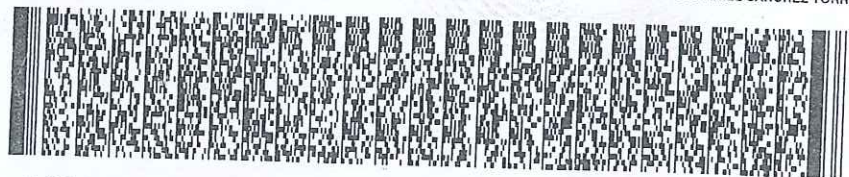
G.S. RH

SEXO

24-DIC-1996 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00031501-F-0052523535-20080726

0001478729A 1

1580001238



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto ☐ 0 ☒ 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14448128399



(415)7707212489984(8020) 0000014448128399

5. Número de identificación Tributaria (NIT):

5 2 5 2 3 5 3 5

6. DV

2

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

5 2 5 2 3 5 3 5

27. Fecha expedición:

1 9 9 6 1 2 2 4

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

BARON

32. Segundo apellido

RIÑO

33. Primer nombre

LILIANA

34. Otros nombres

PATRICIA

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

CR 10 D 30 D 68 SUR

42. Correo electrónico:

lilica_342@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

4 6 2 2 8 5 4

45. Teléfono 2:

3 1 1 8 9 5 4 1 0 0

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 7 1 2 2 1

Actividad secundaria

48. Código:

8 6 9 2

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 7 1 2 2 1

Otras actividades

50. Código:

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

1 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

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 ☐

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2 0 1 7 1 2 2 1

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:

Liliana Patricia Barón R.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CUELLAR GARCIA ADRIANA PATRICIA

985. Cargo: Gestor I



**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 22-12-2017

Hora: 9:24:23 AM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 52523535-2 LILIANA PATRICIA BARON RIAÑO

Información General

Dirección KR 10D 30D 68 SUR

Teléfonos 4622854 / 3118954100

Dirección electrónica lilica_342@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 22/12/2017

Soporte Inscripción 23395270

Fecha Inicio Actividades 21/12/2017

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: 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 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002531258



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN

LILIANA PATRICIA

BARON RIAÑO

C.C. 52523535

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedición 21/11/2011

Identificación Profesional S.A.

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

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





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
Salud

Resolución No 10127 de 26/09/2011
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) **BARON RIAÑO LILIANA PATRICIA** Identificado(a) con CC número 52523535 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA el día 12/08/2011.

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 **BARON RIAÑO LILIANA PATRICIA** identificado(a) con CC número 52523535 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribiendo para laborar en el D.C.

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

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 26/09/2011

HERMAN REDONDO GÓMEZ
Director de Desarrollo de Servicios.

Revisó: Vudy Rodríguez
Elaboró: Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 21 Noviembre / 2011
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Liliana Patricia Baron
CC. # 52523535 BTR
Firma Liliana Patricia Baron

2017-6-30

ReTHUS

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

52523535

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El ciudadano con Identificación CC
52523535, se encuentra inscrito en el
Registro Nacional de Talento Humano en
Salud.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
Salud

Resolución No 10127 de 26/09/2011
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) **BARON RIAÑO LILIANA PATRICIA** Identificado(a) con CC número 52523535 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según **CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA** otorgado por **EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA** el día 12/08/2011.

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 **BARON RIAÑO LILIANA PATRICIA** identificado(a) con CC número 52523535 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como **AUXILIAR EN ENFERMERIA** en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 26/09/2011

HERMAN REDONDO GÓMEZ

Director de Desarrollo de Servicios.

Revisó : Yudy Rodríguez
Elaboró : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 21 Noviembre / 2011
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Liliana Patricia Baron
CC. # 52523535 BTN

Firma Liliana Patricia Baron

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

52523535

Primer Nombre *

liliana

Primer Apellido *

baron

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-17→11:41:21 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	52523535	LILIANA	PATRICIA	BARON	RIANO	Ver

Información Detallada [CC: 52523535] LILIANA PATRICIA BARON RIANO**2018-12-17→11:41:21 AM****Información Académica**

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2011/9/26	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).

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación
o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Liliana Patricia

Apellidos:

Barón Diano

Documento
de identidad:

C.C. *A.T.I.* Pasaporte

No. *52523535*

Fecha de
Nacimiento:

Día *30* Mes *09* Año *1978*

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5	<i>07-Marzo 2014</i>		
Contra Hepatitis B	1	<i>25-03-10</i>		
	2	<i>28-01-14</i>		
	3	<i>07 MAR 2014</i>		
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 16/12/2017 09:52:58
PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐
NOMBRE Y APELLIDO: LILIANA PATRICIA BARON RIAÑO C.C 52523535
EDAD 39 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR AUXILIAR DE ENFERMERIA



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ☒ Exámenes de laboratorio SI ☐ NO ☒
Visiometría ☐ Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐
Audiometría ☐ Cuales ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Espirometría ☐ Radiografías

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

APTO PARA EL CARGO ☒ MOTIVO PARA LABORAR
NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

CONTROL POR NUTRICION EPS - USO DE MEDIAS ANTIVARICE
USO DE EPP

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Liliana Patricia Baron R.

FIRMA DEL PACIENTE



Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

[Signature]

Dra. ESMERALDA RAMOS
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Lic. S.O 7122-2013

FIRMA DEL ESPECIALISTA



N° 3348

FUMEFI SAS APH Y GESTION DE RIESGO 900.806.660-6

FUMEFI SAS

Ley 115 de 1994 Modificada parcialmente por la Ley 1874 de 2017,
por la cual se expide la LEY GENERAL DE EDUCACIÓN,
decreto 114 de 1996, decreto 4909 de 2009 y decreto 1075 de 2015.

CERTIFICA A:

BARON RIAÑO LILIANA PATRICIA

C.C 52.523.535

Asistió y aprobó el curso de Código Blanco Violencia Sexual

con una intensidad de 20 horas

Otorgado en Bogotá D.C. a los 13 días del mes de diciembre del 2018

Héctor M. Cifala
Gerente





ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

**Escuela para Auxiliares
de Enfermería San Rafael**
BOGOTÁ COLOMBIA

Otorga A:

BARON RIAÑO LILIANA PATRICIA

Identificada(o) con C.C. No. 52523535 de BOGOTÁ

“PARTICIPÓ Y APROBÓ EL CURSO”

SOPORTE VITAL BÁSICO

CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Escuela para Auxiliares
de Enfermería San Rafael
DIRECTORA


PATRICIA GÓMEZ MORENO
Directora


Instructor

Realizado en Bogotá D.C, 16 de marzo de 2018



ORDEN HOSPITALARIA DE
San Juan de Dios
PROVINCIA COLOMBIANA

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARIAFT

FECHA: 11-12-16 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 realización de este proceso es de carácter 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: Barón SEGUNDO APELLIDO: Riano PRIMER NOMBRE: Liliana SEGUNDO NOMBRE: Patricia
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACIÓN: 5252353 LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): Bogotá FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): 21-DIC-1996
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐
FECHA NACIMIENTO: 30-09-1978 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Bogotá PAÍS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiana
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☒ VIUDO(A) ☐ PERSONA A CARGO: 3 NÚMERO DE HIJOS: 3 TELEFONO CELULAR: 3119454100
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA: MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TÉCNICO ☒ TECNÓLOGO ☐ CUAL: Aux Enfermería

DIRECCIÓN RESIDENCIA: Cra 100 # 30-68 sur CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá DEPARTAMENTO: Bogotá D.C. PAÍS RESIDENCIA: Colombia TELEFONO RESIDENCIA: 4622859
CORREO ELECTRÓNICO: lilica-32@hotmail.com PORTAL O PÁGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene): CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAÍS: TELEFONO/TAX:

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: Salazar Machado SEGUNDO APELLIDO: Lucas PRIMER NOMBRE: Lucas SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ No IDENTIFICACIÓN: 79394413 LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): Bogotá FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): 1984-10-22
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐ NACIONALIDAD: Colombiano

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA

ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐
SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ OTRA ☐ CUAL: Auxiliar de Enfermería
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: SI ☐ NO ☒ IVA: SI ☐ NO ☒ CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 8692
DECLARA RENTA: SI ☐ NO ☒ ICA: SI ☒ NO ☐ PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE: SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR: SI ☐ NO ☒ AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☒
FUNCIONARIO PÚBLICO: SI ☐ NO ☒ ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS: SI ☐ NO ☒ NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA: Sub red integrada de servicios de salud Centro Oriente
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒ #NIT: 900959051
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: Diaz 34 # 5-43 TELEFONO: 3444484 CIUDAD/MUNICIPIO: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAÍS: Colombia
CARGO ACTUAL: Auxiliar de Enfermería FECHA VINCULACIÓN: 16-Mar-17

4. SOCIO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NÚMERO DE EMPLEADOS: VENTAS ANUALES: CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA: DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD: FECHA CONSTITUCIÓN: TIPO SOCIEDAD:

5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	1200.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	1500.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	14'000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	1300.000	OTROS EGRESOS*	1400.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	2800.000	TOTAL EGRESOS	2600.000	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	14'000.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
2º Empleo							

6. REFERENCIAS PERSONALES			
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente. El Contraparte debe ser identificable en el Trabajo Laboral)			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Hernandez	Herrera	Astud	Carolina
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
Calle 35A # 9-458	Boyota D.C	Companera	3200175784

7. REFERENCIA FINANCIERA				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Itav.	Puerta de Ahorros	76504193-3	Pab. Clinico San Rafael	5919181

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 EXTRANJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

CUAL:

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS	
Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.	
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.	
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.	
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante	
1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. (Para Comerciantes)	
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.	
3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.	
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.	
5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)	
6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)	
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.	
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)	

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACION 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 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 tratan observando las disposiciones legales vigentes.	
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:	

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 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 INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecofía, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

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

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal 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 344 44 84, e-mail: sarlaft@subredcentroorient.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 DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorient.gov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

DC 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

Liliana Patricia Barón Riado

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:	

Certificación Semanas de Cotización

La Señora Liliana Patricia Baron Riaño , identificada con Cédula Ciudadanía 52.523.535, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS023.

Información del Afiliado:

Nombre:	Liliana Patricia Baron Riaño	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Número de identificación:	52523535	Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	27/10/2010	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Estado actual:	VIGENTES	Semanas Cotizadas cotizante:	554
Fecha de retiro:		Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Dirección actual de residencia:	CRA 10 D NO 30 68 SUR	Depto. Residencia:	Bogota D.C.
Teléfono actual de residencia:	4622854		
Nombre de Régimen:	CONTRIBUTIVO		

Documento Aportante	Razón Social Aportante	Fecha Inicio	Fecha Fin
860015888	HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL	10/08/2012	
52523535	BARON RIAÑO LILIANA PATRICIA	02/01/2018	

Información de los beneficiarios:

Tipo de afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Semanas
BENEFICIARIO	1011088921	TI	Juan Sebastian Valenzuela Baron	09/02/2010	VIGENTES		680
BENEFICIARIO	1034661427	TI	David Santiago Valenzuela Baron	09/02/2010	VIGENTES		607

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6446100 y en el resto del país 018000113337.

Se firma y expide en Bogotá a los 16 días del mes de Diciembre de 2018, a solicitud del interesado.

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

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

CORDIALMENTE

NELSON ENRIQUE SANCHEZ CAICEDO

Coordinador Nacional de Operaciones

Elaboro:



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **LILIANA PATRICIA BARON RIAÑO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **52,523,535**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52523535

Numero de Documento

SURA

ARL

Liliana

Primer Nombre

Patricia

Segundo Nombre

Barón

Primer Apellido

Riano

Segundo Apellido

30-09-18

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

Para 100 #30-65

Dirección de Residencia

4622954

Teléfono Fijo

Cruz Blanca

EPS - Salud

Pension

AFP - Pensiones

\$ 1573200

Honorarios

Auxiliar de Enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

liliana-342@hotmail.com

Correo Electrónico

31189154100

Celular

Liliana Patricia Barón

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119265605



WEB

23:36:37

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 16 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) LILIANA PATRICIA BARON RIAÑO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52523535:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 16 de diciembre de 2018, a las 23:53:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52523535
Código de Verificación	52523535181216235306

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





Bogotá D.C., 16 de Diciembre de 2018 - 23:39 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 EXTRANJERÍA No: **CINCUENTA Y DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTITRES MIL QUINIENTOS TREINTA Y CINCO**

52523535

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_S744I_3923**

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 19:49:49 horas del 16/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 52523535

Apellidos y Nombres: **BARON RIAÑO LILIANA PATRICIA**

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.



Bogotá D.C. ,14 de Diciembre de 2018

Señores
A quien Interese
Ciudad

Nos permitimos certificar que nuestro cliente LILIANA PATRICIA BARON RIAÑO identificado con Cédula de Ciudadanía No. 52523535, se encuentra vinculado a nuestra entidad financiera desde el 10 de Agosto de 2012 a través del (los) producto (s):

Producto	Nro. Producto	Estado Del Producto
Cuenta De Ahorro Nómina	765041833	Activo

La (s) cuenta (s) corriente (s) o de ahorros que se incluyen en este certificado, pertenece (n) al código 14 para transferencias ACH

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 14 días del mes Diciembre de 2018.

Cordialmente



Contact Center

