Colombia Compra Eficiente

UTC -5 11:59:39
Daniela Mejia

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

Id de página:: 14005862 Ayuda

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Género	Femenino
Cargo	
Título	
Nombre completo	
Nombre y apellido	DANIELA MEJIA CARDONA
Código del empleado	
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1031174240
Fecha de emisión	
Expedido por	
Fecha de expiración	
Dirección	
Código postal	
Estado	
Municipio	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	danielamejia1410@gmail.com
Teléfono	
Celular	3102983421
Número de fax	

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál era la ciudad donde trabajó por primera vez?
Respuesta	bogota
Celular	3102983421

Editar

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: 17-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MEJIA	CARDONA	DANIELA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1031174240

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 MAR AÑO 1998

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle 68 f bis sur # 20 a 77

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7313558

EMAIL danielamejia1410@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÄSICA 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 2014
										X	

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

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: 17-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 NORTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	lideratencionalusuario@subrednorte.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4431790	DIA 6 MES 7 AÑO 2018	DIA 31 MES 7 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ASISTENCIAL	Calle 66 No. 15-41

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gerencia@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
344 44 84	DIA 23 MES 2 AÑO 2018	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR LABORATORIO CLINICO	ASISTENCIAL	Diagonal 34 No. 5-43

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
GLOBAL LIFE AMBULANCIAS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	globallife@glambulianclas.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3208338193	DIA 25 MES 5 AÑO 2016	DIA 25 MES 5 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR ENFERMERIA	ASISTENCIAL	Calle 163 No 16 C 62 Barrio Orquídeas

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	0	10
PRIVADO	2	0

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: 17-dic-2018

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*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI X 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).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Yamela Mejia

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO 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: 17-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DANIELA MEJIA CARDONA
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1031174240 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección calle 68 f bis sur # 20 a 77 **Teléfonos** 3102983421 7313558

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
SANDRA MILENA CARDONA POSADA	30400981	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	$ 15.600.000,00
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	$ 15.600.000,00

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
BANCOLOMBIA	AHORROS	100-60318820	bosa	$ 0,00

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

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

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: 17-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
	C.C◯ C.E◯ T.I.◯	

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

Daniela Mejia

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 17-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

EL COLEGIO CAFAM
PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUADA FORMAL DE JÓVENES Y ADULTOS

Según Resolución No. 10-115 de abril 22 de 2009

CONFIERE A

Daniela Mejía Cardona

T. de I. Nº 980314-57050 de Bogotá D. C.

EL TÍTULO DE

BACHILLER ACADÉMICO

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al

NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA

según los planes y programas vigentes

RECTOR

SECRETARIO

No requiere ser registrado en la Secretaría de Educación según Decreto 939 del 6 de mayo de 1994

Fecha de Grado 28 de noviembre de 2014

La República de Colombia y en su nombre

La Escuela de Salud

" San Pedro Claver "

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobada por la secretaria de educación de Bogotá del Distrito Capital, con la licencia de funcionamiento según Resolución Nº 5069 del 17 de Diciembre de 2007 y con Registro de Programa ante la secretaria de educación de Bogotá, según Resolución Nº 15-022 de Agosto 12 de 2015

Teniendo en cuenta que:

Daniela Mejía Cardona

Identificada(o) con C.C. 1.031.174.240 Bogotá D.C

Ha terminado satisfactoriamente los estudios y cumplió con las exigencias legales del programa

Técnico Laboral por Competencias en:

Auxiliar en Enfermería

Le confiere el presente certificado con Aptitud Ocupacional

Director

Secretaria

Dado en Bogotá, D.C. a los 9 días del mes de Julio de 2016

Anotado al libro de Registro No. 03 Folio 55

CAFAM

PBX 637 6[illegible]
Fax 250 2611
NIT 860014570-1
Bogotá - Colombia

EL COLEGIO CAFAM
PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUADA FORMAL DE JÓVENES Y ADULTOS

Según Resolución Nº 10-115 de abril 22 de 2009

Registro Interno Nº 12 Bogotá D. C., Noviembre 29 de 2014

ACTA DE GRADO DE BACHILLER

En la ciudad y fecha, los suscritos Rector y Secretario General del COLEGIO CAFAM, comprobada la situación legal y académica del/la estudiante que cursó y aprobó los estudios correspondientes al nivel de Educación Media procedieron a otorgar el título de Bachiller Académico a:

Daniela Mejía Cardona

T. I. 980314-57050 de Bogotá D. C.

Es fiel copia del acta general Nº 12 de fecha noviembre 29 de 2014 que consta de 106 alumnos graduados, comienza con el nombre de Acuña de Corzo Clara Inés y se cierra con el nombre de Yepes Infante María de Jesús.

En cumplimiento a lo ordenado en el Decreto 921 del 6 de mayo de 1994.

JUAN CARLOS BAYONA VARGAS
C.C. Nº 79.147.706 de Bogotá
Rector

JAIME HERNANDO FAJARDO PABÓN
C.C. Nº 12.969.955 de Pasto (Nariño)
Secretario

E.S.S.P.C.

Escuela de Salud
"San Pedro Claver"

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por el Ministerio de la Protección Social según Acuerdo No 04 de Noviembre 30 de 1993, No 118 de Diciembre 23 de 2008 y las Resoluciones No. 1535 de Abril 14 de 1994, No 028 de Septiembre 03 de 1998. No. 5069 de Diciembre 17 de 2007, No. 15-083 de Febrero 11 de 2010, No 15-020 de Abril 01 de 2011, de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION

En la ciudad de Bogotá D.C., a los nueve (09) días del mes de Julio del año 2016 se reunieron con fin de formalizar la terminación de estudios de los alumnos del programa **TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA,** los alumnos, la directora y el secretario en la Dirección de la **ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER SEDE SAN ANTONIO,** institución aprobada por la secretaria de educación de Bogotá del Distrito Capital, con la licencia de funcionamiento según Resolución N° 5069 del 17 de Diciembre de 2007 y con Registro de Programa ante la secretaria de educación de Bogotá, según Resolución N° 15-022 de Agosto 12 de 2015 y autorizada para otorgar **CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL.**

Comprobada la situación legal y académica de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la modalidad de Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar en Enfermería, se procedió a otorgar el Certificado de Aptitud Ocupacional, a los graduandos, cuyos nombres, apellidos y documento de identificación se relacionan a continuación:

DANIELA MEJIA CARDONA
C.C. NO. 1.031.174.240 DE BOGOTA D.C.

Es fiel copia tomada del acta original N° 43 de fecha 09 de Julio del año 2016 que comienza con el nombre **ANA YULIETH ALFONSO BARBOSA** y se cierra con el nombre **LEYDY ZAMUDIO BUSTOS**

Firmado y sellado por MARIA PATRICIA LOPEZ ROBAYO (Directora) y por JAIRO HERNAN FRANCO ROA (Secretario).

Dado en Bogotá D.C. a los nueve (09) días del mes de Julio de 2016.

MARIA PATRICIA LOPEZ ROBAYO
C.C. 40.367.583 de Villavicencio
Directora

JAIRO HERNAN FRANCO ROA
C.C. 6.775.783 de Tunja
Secretario

Registrado en el Libro No. 03 anotado al Folio No. 58

Copia dada Octubre 21 de 2016

ESCUELA DE SALUD

"SAN PEDRO CLAVER"

E.S.S.P.C.

"Una Contribución a la Salud y Bienestar de la Humanidad"
Aprobada por el Ministerio de la Protección Social Según Acuerdo 04 de Noviembre 30 de 1993 y 118 de Diciembre 23 de 2008 y Resolución 1535 de Abril 14de 1994, 5069 del 17 de Diciembre de 2007, 15-083 de Febrero 11 de 2010, 15-020 de Abril 1 de 2011 de la Secretaria de Educación del Distrito Capital

Certifica que:

DANIELA MEJIA CARDONA

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.031.174.240 de BOGOTA D.C

Aprobó el:

CURSO DE ATENCION PREHOSPITALARIA – APH

Se firma en Bogotá D.C., a los 12 días del mes de Junio de 2015.

Director

ESCUELA DE SALUD

"SAN PEDRO CLAVER"

"Una Contribución a la Salud y Bienestar de la Humanidad"
Aprobada por el Ministerio de la Protección Social Según Acuerdo 04 de Noviembre 30 de 1993 y 118 de Diciembre 23 de 2008 y Resolución 1535 de Abril 14de 1994, 5069 del 17 de Diciembre de 2007, 15-083 de Febrero 11 de 2010, 15-020 de Abril 1 de 2011 de la Secretaría de Educación del Distrito Capital

Certifica que:

DANIELA MEJIA CARDONA

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.031.174.240 de BOGOTA D.C

Aprobó el:

CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO - BLS

Se firma en Bogotá D.C., a los 12 dias del mes de Diciembre de 2015.

Director

ESCUELA DE SALUD

"SAN PEDRO CLAVER"

UNA CONTRIBICIÓN A LA SALUD Y BIENESTAR DEL PUEBLO COLOMBIANO

APROBADA POR EL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL Y SECRETARIA DE EDUCACION DE BOGOTA

HACE CONSTAR QUE:

DANIELA MEJIA CARDONA

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.031.174.240 de BOGOTA D.C

DENTRO DEL PROGRAMA TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA POR COMPETENCIAS, ASISTIÓ AL CURSO DE CAPACITACION ESPECIFICA EN EL AREA

AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO

Con una Intensidad de 160 horas.

Director

Bogotá D.C. a los 09 días del mes de Julio de 2016.

ESCUELA DE SALUD

"SAN PEDRO CLAVER"

"Una Contribución a la Salud y Bienestar de la Humanidad"

Aprobada por la secretaria de educación de Bogotá del Distrito Capital, con la licencia de funcionamiento según Resolución Nº 5069 del 17 de Diciembre de 2007 y con Registro de Programa ante la secretaria de educación de Bogotá, según Resolución Nº 15-022 de Agosto 12 de 2015

Certifica que:

DANIELA MEJIA CARDONA

Identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.031.174.240 de BOGOTA D.C.

Aprobó el:

CURSO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - UCI

Se firma en Bogotá D.C., a los 13 días del mes de Junio de 2016.

Director

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 DEL TALENTO HUMANO FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS	CÓDIGO: AP-TH-FT-014 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-01-16

Bogotá D.C

Señores:

Escuela de Salud San Pedro Claver
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Auxiliar de enfermeria y laboratorio clinico
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Pamela Mejia

No. de documento: 1.031.174.240

Tarjeta profesional No: 1.031.174.240

Dirección de contacto: Calle 68FBis 20A77 Sur

Teléfono: 3102983421

Bogotá D.C

Señores:

Escuela de Salud San Pedro Claver
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Auxiliar de laboratorio clinico
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Daniela Mejia

No. de documento: 1.031.174.240

Tarjeta profesional No: 1.031.174.240

Dirección de contacto: calle 68 FBIS # 20 A 77 Sur

Teléfono: 3102983421

Consecutivo Interno 2017 1317

GLOBAL AMBULANCIAS Life

EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S.
Nit. 900.171.211- 5

CERTIFICA QUE

El Señor(a) DANIELA MEJIA CARDONA, Identificada(o) con la CC No. 1.031.174.240, presta sus servicios profesionales como AUXILIAR ENFERMERIA DOMICILIARIA en GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S con NIT 900.171.211-5, y ha tenido los siguientes contratos de prestación de servicios:

1. Contrato de prestación de servicios No 1031174240-1, con fecha de inicio del 27/04/2016 por el término de TRES meses.
2. Contrato de prestación de servicios No 1031174240-2, con fecha de inicio del 5/08/2016 por el término de SEIS meses.
3. Contrato de prestación de servicios No 1031174240-3, con fecha de inicio del 20/2/2017 por el término de DOCE meses.

Que el señor (a) DANIELA MEJIA CARDONA devenga honorarios mensuales con un promedio de UN MILLON TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE ($ 1.374.000).

La presente certificación se expide a solicitud del interesado (a), a los 21 dias del mes de diciembre de 2017 con destino a BANCOLOMBIA

Cordialmente,

Claudia Cristina Bello G.
JEFE DE RECURSOS HUMANOS

Calle 163 No. 16 A - 71
PBX: (1) 526 48 29
Bogotá D.C. - Colombia
www.glambulancias.com
talentohumano@glambulancias.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.031.174.240**

MEJIA CARDONA

APELLIDOS

DANIELA

NOMBRES



Daniela Mejia

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-MAR-1998**

MANIZALES
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

16-MAR-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A 1500150-00878380-F-1031174240-20170119 0053142731A 3 1164240502

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14458866171

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1031174240 — 6. DV: 1

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 32

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de ciudadanía 13	1031174240	1998/03/14

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MEJIA		CARDONA	DANIELA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CL 68 F BIS 20 A 77 SUR BRR SAN FRANCISCO

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
danielamejia1410@gmail.com		7313558	3102983421

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal: 46. Código	47. Fecha inicio actividad	Actividad secundaria: 48. Código	49. Fecha inicio actividad	Otras actividades: 50. Código 1	50. Código 2
8692	2016/05/04				

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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	20																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

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: 2018/02/15

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:

964. Nombre: MEJIA CARDONA DANIELA

965. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 15-02-2018 11:17:13AM

DOCUMENTO ANULADO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 15-02-2018
Hora: 11:28:43 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1031174240-1 DANIELA MEJIA CARDONA

Información General

Dirección CL 68 F BIS 20 A 77 SUR

Teléfonos 7313558/3102983421

Dirección electrónica danielamejia1410@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 15/02/2018

Soporte Inscripción 23415241

Fecha Inicio Actividades 04/05/2016

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002751911

Fuente ICA TE TOCA

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 10222 *de* 30/08/2016

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MEJIA CARDONA DANIELA Identificado(a) con CC número 1031174240 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER el día 09/07/2016.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a MEJIA CARDONA DANIELA identificado(a) con CC número 1031174240 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

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

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **30/08/2016**

Original Firmado por:
Anabelle Arbelaez Vélez
Directora de Calidad de
Servicios de Salud
ANABELLE ARBELAEZ VELEZ.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Bogotá, D.C 03-NOV-2016
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Daniela Mejia
CC. # 1031174240
Firma
Daniela Mejia

Revisó: Sebastián Quiroz I.
Elaboró: Víctor Sánchez B.

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195

ISO 9001 Icontec
NTCGP 1000 Icontec

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1031174240

Primer Nombre *

daniela

Primer Apellido *

mejla

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-18→8:25:51 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1031174240	DANIELA		MEJIA	CARDONA	Ver

Información Detallada [CC: 1031174240] DANIELA MEJIA CARDONA

2018-12-18→8:25:51 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA	2016/8/30	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).

INSTITUTO DE REFERENCIA ANDINO S.A.S
NIT 800.222.660-6
Calle 13 # 60-43/61, Piso3
PBX: 57-1-200-0077 Fax: 57-1-670-0920
Línea Nacional: 01 6000 114472
Bogotá D.C.
informacion@lralabs.com

Ecuador
Móvil 094 1 1962 · Fijo +(593) 220 40185
Líneas gratuitas: Andinatel 1 999 170 6919
Pacifictel 1 800 999 170 5919
ecuador@lralabs.com

Perú
Móvil 991 468 605
Línea gratuita, 0800041600
peru@lralabs.com

Panamá
Móvil (507) 6677 0711
Línea gratuita: 011 00 8005700012
panama@lralabs.com

Remite: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. · Origen: BOGOTÁ
Paciente: MEJIA , DANIELA · Edad: 19 Años
Código IRA: I01178066 · Fecha de Recibo: 12/01/2018
Identificación: 1031174240 · Fecha Validación Final: 16/01/2018 07:36:34 p.m.
Sexo: F
Médico: · Código Cliente: SANTA CLARA

Parámetro	Resultado	Unidad	Intervalo Biológico de Referencia
Inmunología Infecciosa			
Hepatitis B (Anti-HBs), Anticuerpos de Superficie	**> 1000.000**	mUI/mL	Mayor o igual a 10

Según recomendación de la Organización Mundial de la Salud, una concentración de anti-HBs mayor o igual a 10 mUI/ml se considera protección frente a una infección por el virus de la hepatitis B.

A partir del 11-ene-2018 hay cambio en los valores de referencia, unidades y tecnica de la prueba.

Técnica: Inmunoensayo Quimioluminiscente de Micropartículas (CMIA)

Iván Leonardo Mojica F. MD, MBA
Gerente General
Registro No. 7361/2008

Validado Por:
Carolina Cardoso Herrera
T.P. # 52.958.599

Nit. 830.066.635-1	CENTRO DE EVALUACIÓN MÉDICA PORVIDA LTDA.	09/04/2017
		VERSIÓN: 2
	CONCEPTO DE APTITUD LABORAL	PGM10-F03

Empresa: HOSPITAL SANTA CLARA **Nit:**

Tipo de Examen Ocupacional: Ingreso [X] Periódico [ ] Reintegro [ ] Retiro [ ]

Fecha: Día 12 Mes 1 Año 2018 **Hora:** 2:00 pm

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: DANIELA MEJIA CARDONA

Documento de identidad: CC [X] P [ ] CE [ ] TI [ ] No. 1.031.174.240 de BOGOTA

Sexo: F [X] M [ ] **Genero:** FEMENINO **Edad:** 19 años Meses

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

2. EXÁMENES REALIZADOS

Médico Ocupacional [X] Visión [X] Audición [X] Psicología [ ] Aptitud Motriz [ ]

3. CONCEPTO EXAMEN - Ingreso

Apto [X] No Apto [ ] Apto con restricción [ ] Aplazado [ ]

Observaciones generales:

APTO PARA EL CARGO O LABOR – USO DE GAFAS PERMANENTES

- [X] Uso de EPP
- [X] Higiene Postural
- [X] Pausas Activas
- [X] Control optometría
- [X] Control audiología
- [ ] Lavado ótico
- [ ] Control de EPS

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

Este concepto se expide con base en la historia clínica ocupacional del paciente a la fecha.

Firma del Evaluado:

Nombre: DANIELA MEJIA CARDONA
CC 1.031.174.240

Firma y Sello del Medico

Dr. LUIS SALGADO RACERO
MEDICO CIRUJANO- RM 16026
ESPEC. SEGURIDAD Y SALUD LABORAL
BOGOTA- RES 7079-14/06/16

Nombre: LUIS SALGADO RACERO
C.C. 15.023.327

PORVIDA Nit. 830.066.635-1	CENTRO DE EVALUACIÓN MÉDICA PORVIDA LTDA.	09/04/2017
		VERSIÓN: 2
	CONCEPTO DE APTITUD LABORAL	PGM10-F03

Empresa: HOSPITAL SANTA CLARA **Nit:**

Tipo de Examen Ocupacional: Ingreso [X] Periódico [ ] Reintegro [ ] Retiro [ ]

Fecha: Día 12 Mes 1 Año 2018 **Hora:** 2:00 pm

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos: DANIELA MEJIA CARDONA

Documento de identidad: CC [X] P [ ] CE [ ] TI [ ] No. 1.031.174.240 de BOGOTA

Sexo: F [X] M [ ] **Genero:** FEMENINO **Edad:** 19 años Meses

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

2. EXÁMENES REALIZADOS

Médico Ocupacional [X] Visión [X] Audición [X] Psicología [ ] Aptitud Motriz [ ]

3. CONCEPTO EXAMEN - Ingreso

Apto [X] No Apto [ ] Apto con restricción [ ] Aplazado [ ]

Observaciones generales:

APTO PARA EL CARGO O LABOR – USO DE GAFAS PERMANENTES

- [X] Uso de EPP
- [X] Higiene Postural
- [X] Pausas Activas
- [X] Control optometria
- [X] Control audiologia
- [ ] Lavado ótico
- [ ] Control de EPS

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

Este concepto se expide con base en la historia clínico ocupacional del paciente a la fecha.

Firma del Evaluado:

Nombre: DANIELA MEJIA CARDONA
CC 1.031.174.240

Firma y Sello del Medico Dr. LUIS SALGADO RACERO MEDICO CIRUJANO - RM 16072 ESPEC. SEGURIDAD Y SALUD LABORAL RES 7079 14/06/13

Nombre: LUIS SALGADO RACERO
C.C. 15.023.327

SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD
DIVISION BOGOTA D.C.
NIT: 1032479316-6
MATRICULA No 0002730586 del 8 de septiembre de 2016

LA DIRECCIÓNN DE CAPACITACIÓN DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD SEGÚN LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 4904 DE 2009

CERTIFICA QUE:

DANIELA MEJIA CARDONA
C.C.1.031.174.240

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO TALLER DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL CON UNA INTENSIDAD DE 40 (CUARENTA) HORAS.

CUMPLIENDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 459 DE 2012 Y LO REGLAMENTARIO EN LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

OTORGADO EN BOGOTÁ EL DIA 05 DE JULIO DE 2018
VÁLIDO POR 2 (DOS) AÑOS

Daniel Moreno
T.P. 177316

DANIEL MORENO SUESCUN
COORDINADOR

Juan Camilo Salas Castro
Psicólogo
C.C. 1.020.723.367
R.P. 123853

CAMILO SALAS CASTRO
PSICOLOGO

SEDE PRINCIPAL calle 35 sur No 69 b-39
Barrio Carvajal- Bogotá DC
Cel. 3057639865 Tel: 7009959
Email scesbogota@hotmail.com

AUXILIAR ENFERMERÍA

C.E.No. A0824

GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S

CERTIFICA QUE:

DANIELA MEJIA CARDONA

CC. No. 1.031.174.240

Cumplió Satisfactoriamente con la Capacitación en:

CURSO DE BASIC LIFE SUPPORT "BLS"

Realizado en la ciudad de Bogotá D.C., a los 19 dias del mes de octubre de 2017

JAVIER FERNANDO NIETO BELLO
GERENTE

CLAUDIA CRISTINA BELLO GOMEZ
LIDER TALENTO HUMANO

OSCAR FREDDY VELANDIA
MEDICO GENERAL

CONSECUTIVO 539-102017

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:	18-12-18	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Mejia	Cardona	Daniela			

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1.031.174.290	Bogotá / Cundinamarca	2016/03/16
PASAPORTE ☐	OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ ☐			

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
14/03/1998	Caldas / manizales	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐			3102183421

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	TECNOLOGO ☐	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☒	Auxiliar de enfermeria y laboratorio.

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
calle 68F BIS Sur 20 A 77	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	7313558

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
danichamejia1410@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI [X] NO [ ]	SI [ ] NO [ ]	Subred integrada de servicios de salud centro oriente.

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO [ ]	SERVICIOS [ ]	UD [ ]	# NIT	900.959.051

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 34 No. 5-43	344 44 84	Bogotá / Cundinamarca	Cundinamarca	colombia
CARGO ACTUAL	Auxiliar laboratorio clinico	**FECHA VINCULACION**		02-23-18

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	785.230	GASTOS FAMILIARES	300.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	200.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$785.230	TOTAL EGRESOS	500.000	TOTAL ACTIVOS	$0	TOTAL PASIVOS	$0

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 Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Bermudez		Stefania	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
calle 31a sur #99a-45	Bogotá/Cundinamarca/Colombia	Amistad	3134602959

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Bancolombia	Ahorros	100-603188-20	Bosa	7460743

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [X]

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIAS [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS EXTRANJERA [ ] CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título 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 sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Daniela Mejia.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DANIELA MEJIA CARDONA identificado(a) con CC 1031174240 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/05/2016**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**BIENESTAR SEDE CENTENARIO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 04 días del mes de diciembre del año 2018.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **DANIELA MEJIA CARDONA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1031174240,** se encuentra afiliado (a) desde **28/04/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de diciembre de 2018.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

ARL | sura

Medellín, 17 de diciembre de 2018

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que DANIELA MEJIA CARDONA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1031174240 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 23/03/2018 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL **CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436% **CENTRO DE TRABAJO:** 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES **CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:** 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL **CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3851101 **CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10311742401835144965

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 17/12/2018 12.29 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1'031'174.240	Sura
Numero de Documento	ARL

Daniela		Mejia	Cardona
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

14 - marzo - 1998	Manizales	Calle 68 F Bis 20 A 37	7313558
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Nueva EPS	Colpensiones	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar de enfermeria y laboratorio clinico	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

danielamejia1410@gmail.com	310 - 2983921
Correo Electrónico	Celular

Daniela Mejia	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119298948

WEB
12:15:06

Bogotá DC, 17 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DANIELA MEJIA CARDONA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1031174240:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 17 de diciembre de 2018, a las 12:21:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1031174240
Código de Verificación	1031174240181217122105

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

COR

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2617555

Bogotá D.C., 17 de Diciembre de 2018 - 12:20 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la Identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL TREINTA Y UN MILLONES CIENTO SETENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS CUARENTA**

1031174240

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_7IY2M_1912
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 12:17:15 horas del 17/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 1031174240

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

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

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

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

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

Todos los derechos reservados.

Certificado Bancario

Lunes, 17 de Diciembre de 2018

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que DANIELA MEJIA CARDONA identificado(a) con CC 1031174240, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	10060318820	2016/05/25	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. establecimiento Bancario
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de