

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones

Últimas modificaciones **Todos los usuarios** **Activo** Seleccione ▼ Crear

Búsqueda de usuarios

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Nombre	Correo electrónico	Fecha de registro	Acceso a la cuenta	Última actualización de estado	Usuario		
BELTRAN AGUIRRE	carolinabeltran600@gmail.com	14/12/2017 06:35:46 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado	14/12/2017 07:08:22 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Activo	Editar	Detalle

OPCIONES
Crear usuarios
Aceptar acceso
Rechazar acceso
Cancelar acceso
Revertir rechazo del acceso

VER
Últimas modificaciones
Todos
Usuarios activos
Usuarios inactivos
Accesos pendientes
Accesos aceptados
Accesos rechazados
Usuarios bloqueados

HERRAMIENTAS
Herramientas no está disponible.

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: 21-ene-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BELTRAN	AGUIRRE	DIANA CAROLINA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 53159949

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 6 MES ABR AÑO 1985

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 90 BIS 76 51 APT 502 INT 36 AGRUP 2

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4373248

EMAIL carolinabeltran600@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 2003
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
ES	4	X		ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD	5	2016	
ES	4	X		ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	5	2016	
UN	8	X		ENFERMERO (A)	5	2010	53159949

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 21-ene-2019

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: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3444 484	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 9 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 21 MES 1 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA	*DEPENDENCIA*: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	*DIRECCIÓN*: Diagonal 34 No. 5 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ESE SAN CRISTOBAL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: paiesesancristobal@gmail.com	
TELÉFONOS: 3641038	*FECHA DE INGRESO*: DIA 6 MES 12 AÑO 2012	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA PAI	*DEPENDENCIA*: PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS	*DIRECCIÓN*: CRA 3 A ESTE 31 C 21 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ESE FONTIBON	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: Contacto@hospitalfontibon.gov.co	
TELÉFONOS: 4860033	*FECHA DE INGRESO*: DIA 13 MES 9 AÑO 2011	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 10 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERA	*DEPENDENCIA*: PLAN CE INTERVENCIONES COLECTIVAS	*DIRECCIÓN*: CRA 104 No. 20 C 21	

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 21-ene-2019

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*
EJERCITO NACIONAL DE COLOMBIA DECIMASEXTA BRIGADA BATALLON	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Casanare	Yopal	bas16_esm@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
0986349890	DIA 6 MES 8 AÑO 2010	DIA 6 MES 8 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERA SSO	DISPENSARIO	km 7 via marginal de la selva Yopal,

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	8	2
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	8	2

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento Bogota, 21 de enero de 2019

Diam Beltran

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-ene-2019

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 21-ene-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE
IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 53159949 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección KR 90 BIS 76 51 APT 502 INT 36 AGRUP 2 **Teléfonos** 3115753171 4373248

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JORGE ENRIQUE BELTRAN ESTEBAN	19429348	PADRE
LUZ MIRYAM AGUIRRE HUERTAS	51760364	MADRE
JOHANNA PATRICIA BELTRAN AGUIRRE	1014196413	HERMANO(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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 34.200.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 34.200.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	7700696292	PABLO VI	$ 2.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
0	0	$ 0,00

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 21-ene-2019

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 C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

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

Diana Beltrán A.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 21-ene-2019

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner



UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

UMB

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTICULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Diana Carolina Beltrán Aguirre

C.C. No. 53.159.949 de Bogotá D.C.

EL TÍTULO DE

Enfermera

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS Y LEGALES.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTA, D.C.

A LOS 12 DÍAS DEL MES MAYO DE 2010

RECTOR

GOBERNACION DE CASANARE
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
Reconocese este titulo para todos los efectos legales
Resolución No. 25 - 702
Fecha: 05 AGO 2011
Firma: Diana Acevedo C.
Secretario de Salud

República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

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

DIANA CAROLINA BELTRÁN AGUIRRE

C.C. No. 53.159.949 de Bogotá D.C.

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

ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.
Bogotá D.C., 27 de mayo de 2016

Rector

Secretario General

Decano

Tomo 8 Folio 176 Registro 46930 Fecha: 27 de mayo de 2016

República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22216 Noviembre 1/94

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

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

DIANA CAROLINA BELTRÁN AGUIRRE

C.C. No. 53.159.949 de Bogotá D.C.

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

ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

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

Bogotá D.C., 27 de mayo de 2016

Rector

Secretario General

Decano

Tomo 8 Folio 188 Registro 47390 Fecha: 27 de mayo de 2016

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. 143 LIBRO No. 6 FOLIO No. 37

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y
CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS. CONSIDERANDO QUE:

DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE

C.C. No. 53159949 de BOGOTA D.C.

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS
POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD
RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

17 JUL 2010

ENFERMERA

EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN, UMB
Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIÓ
A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN
DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS 12 DIAS DEL MES Mayo DE 2010

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

DIRECTOR DE PROGRAMA

No. 04220

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN
UMB

RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y CONTROL ACADEMICO

REGISTRO PROFESIONAL No. 018005

CERTIFICA QUE:

DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE

C.C. No 53159949 DE BOGOTA D.C.

MEDIANTE ACTA No. 143 LIBRO 6 FOLIO 37 DIA 12 DE MAYO DE 2010
RECIBIO EL TITULO DE:

ENFERMERA

DESPUES DE VERIFICADO EL CUMPLIMIENTO DEL RESPECTIVO PENSUM ACADEMICO Y DEMAS REQUISITOS LEGALES, SE PROCEDE A REALIZAR LA INSCRIPCION EN EL REGISTRO PROFESIONAL No. 018005 DEL DIA 12 DE MAYO DE 2010

DIELA MORENO MORENO
Directora de Registro y Control Academico.
Email. diela.moreno@umb.edu.co

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina
Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

ACTA DE GRADO 773

En Bogotá D.C., el 27 de mayo de 2016 a las 9:00 horas, convocados por Resolución Nacional 089 del 16 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz y la Secretaria General (E), doctora María Angélica Pacheco Chica, para presidir la ceremonia de grado de **DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE** con cédula de ciudadanía número 53159949 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedor a recibir el título de **ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD,** el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior mediante acuerdo 006 del 15 de abril de 1996. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de Registro de títulos Tomo 8, Folio 176, número 46930.

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA ANGÉLICA PACHECO CHICA, Secretaria General (E)
Dada en Bogotá D.C., el 27 de mayo de 2016.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina
Secretaría General

María Angélica Pacheco Chica
Secretaria General (E)

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

ACTA DE GRADO 773

En Bogotá D.C., el 27 de mayo de 2016 a las 9:00 horas, convocados por Resolución Nacional 089 del 16 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz y la Secretaria General (E), doctora María Angélica Pacheco Chica, para presidir la ceremonia de grado de **DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE** con cédula de ciudadanía número 53159949 de Bogotá D.C, quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, haciéndose merecedor a recibir el título de **ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO** el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior mediante Acuerdo 005 del 15 de abril de 1996 y 022 del 29 de abril de 2014. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de Registro de títulos Tomo 8, Folio 188, número 47390.

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA ANGÉLICA PACHECO CHICA, Secretaria General (E)
Dada en Bogotá D.C., el 27 de mayo de 2016.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina
Secretaría General

María Angélica Pacheco Chica
Secretaria General (E)

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN
UMB

RESOLUCIÓN 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004 DE MINEDUCACIÓN

CERTIFICA QUE:

BELTRAN AGUIRRE DIANA CAROLINA

Con Cédula de Ciudadanía No. 53159949

Cursó y aprobó el Diplomado en:

"ENFERMERIA EN URGENCIAS EN EL PACIENTE ADULTO"

Realizado del 11 de Septiembre al 12 de Diciembre de 2009
Con una duración de 120 horas.

Manuel Humberto Jiménez
Vicerrector de Investigaciones

Nadia Carolina Reina G.
Coordinadora de Investigaciones de Enfermería

Se expide en Bogotá D.C, a los 12 días del mes de Diciembre de 2009

01084

THOMAS GREG & SONS.

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL

La Dirección de Sanidad del Ejército Nacional

Certifica que:

DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE

CC. 53.159.949

Asistió al I Seminario Nacional de Salud Operacional
Estadísticas Vitales y Vigilancia Epidemiológica.
Agosto 11, 12 y 13 de 2010

Expedido en Bogotá, D.C., a los 13 días de agosto de 2010

Mayor **María Isabel Pesantes Bonilla**
Subdirectora Científica DISAN

Teniente Coronel **Gilberto Morales Quintero**
Subdirector DISAN Ejército

Coronel **Alexander Carmona Mendieta**
Director DISAN Ejército

ALCALDIA DE YOPAL

GERENCIA DE SALUD

EL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD Y LA GERENCIA DE SALUD MUNICIPAL

HACE CONSTAR QUE:

SR. / SRA: **DIANA BELTRAN** 5315994

CEDULA DE CIUDADANÍA N°: 53159949

INSTITUCION QUE REPRESENTA: BRIGADA XVI

PARTICIPO EN LA **"ACTUALIZACION EN PROTOCOLOS DE SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA, Y HEPATITIS B"**

EL DÍA 14 DE OCTUBRE DE 2010 DE 4:00 PM A 10: 00PM.

PARA QUE CONSTE Y SURTA LOS EFECTOS OPORTUNOS SE EXPIDE LA PRESENTE A PETICIÓN DEL INTERESADO EN LA CIUDAD DE YOPAL A LOS 14 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DE 2010.

ISABEL CRISTINA IDARRAGA V.
ASESORA SIFILIS GESTACIONAL Y CONGENITA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

DIANA LANDAETA
REFERENTE HEPATITIS B
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

LUIS EDUARDO CASTRO NIÑO
GERENTE DE SALUD MUNICIPAL
ALCALDIA DE YOPAL

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
SALUD YOPAL

Empresa Social del Estado
Salud Yopal

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CASANARE
ALCALDIA MUNICIPAL DE YOPAL

CERTIFICA QUE

DIANA C. BELTRAN AGUIRRE C.C. 53.159.949

Participo en

LA CAPACITACION EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA LA CUALIFICACION DE SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA ADOLECENTES Y JOVENES

con una intensidad de 15 horas

Realizado en

Yopal Casanare, los días 28 y 29 de abril de 2011

DIEGO ARBELAEZ MUÑOZ
Consultor en Educación Sexual y
Salud Sexual y Reproductiva

JORGE ORLANDO BERNAL
Gerente ESE Salud Yopal

E.S.E. SALUD YOPAL

Yopal Vive el cambio
Productiva y Competitiva

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL

La Dirección de Sanidad Ejercito Nacional

CERTIFICA QUE:

DIANA CAROLINA BELTRAN

C.C. **53159949**

PARTICIPO COMO ASISTENTE EN EL II SEMINARIO NACIONAL DE ESTADISTICAS VITALES Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA MAYO 25 Y 26 2011.

Expedido en Bogotá D.C, a los 26 días de Mayo de 2011

MY. MARIA ISABEL PESANTES BONILLA
Subdirectora Científica DISAN Ejército

CR. GILBERTO MORALES QUINTERO
Subdirector DISAN Ejército

CR. NIXON WILLIAM GALEANO VALBUENA
Director DISAN Ejército

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 53159949

Cursó y aprobó la acción de Formación

ORIENTACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LACTANCIA MATERNA

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Ibague a los Trece (13) días del mes de Julio de Dos Mil Once (2011)

BRIAN BAZIN BULLA TOVAR
SUBDIRECTOR CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION
REGIONAL TOLIMA

SGCV20113410625

SGCV20113410625 13/07/2011
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 53159949

Cursó y aprobó la acción de Formación

FUNDAMENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Bogota d. c. a los Ocho (08) días del mes de Agosto de Dos Mil Once (2011)

JAIME GARCIA DI-MOTOLI
SUBDIRECTOR C. GESTIÓN DE MERCADOS, LOGÍSTICA Y TEC. DE LA INFORMACIÓN
REGIONAL BOGOTA

SGCV20113457859

SGCV20113457859 08/08/2011
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 53159949

Cursó y aprobó la acción de Formación

HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Santa marta a los Nueve (09) días del mes de Junio de Dos Mil Once (2011)

CESAR JAVIER GAMEZ ESTRADA
SUBDIRECTOR CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA
REGIONAL MAGDALENA

SGCV20113309478

SGCV20113309478 09/06/2011
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

CONSULTORIO GINECOLÓGICO

SECRETARÍA DE SALUD DE CASANARE



Certifica que:

Diana Carolina Beltrán Aguirre

Identificado Con C.C. N° 53.159.949

Asistió a la Segunda Jornada de Actualización en Obstetricia y Ginecología realizado del 27 al 28 de mayo de 2011 en la ciudad de Yopal con una intensidad de 17 horas.

Liliana Agudelo Ariza
Secretaria de Salud Departamental

Dra. Olga Patricia Ardila Torres
Ginecológa

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 53159949

Cursó y aprobó la acción de Formación

SALUD OCUPACIONAL

Con una duración de 60 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Ibague a los Veintiún (21) días del mes de Abril de Dos Mil Doce (2012)

BRIAN BAZIN BULLA TOVAR
SUBDIRECTOR CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION
REGIONAL TOLIMA

SGCV20124102199 21/04/2012
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

AIEPI
Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia
Porque mi vida hay que protegerla hoy

Oficina de Admisiones y Registro Académico
La Universidad de Caldas fue creada mediante Ordenanza No. 06 de 1943 y la Ley 34 del 8 de agosto de 1967 la constituyó en establecimiento público de orden nacional, adscrito al Ministerio de Educación y decreto 1297 de 1964
Nit: 890.801.063-3

UNIVERSIDAD DE CALDAS
LUMINA SPARGO

Certifica que:

Diana Carolina Beltrán Aguirre

Con documento de identificación número 53159949

Participó como ASISTENTE del Diplomado Virtual AIEPI "ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA" en el marco de la estrategia "DE CERO A SIEMPRE" del Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo de la OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud) y la Universidad de Caldas con el programa Telesalud, entre el 8 de agosto de 2012 y el 4 de octubre de 2012 y con una calificación de APROBADO.

Dr. Lenis Enrique Urquijo Velásquez
Director de Promoción y Prevención
Ministerio de Salud y Protección Social

Dr. Teófilo Monteiro
Representante a.i. OPS/OMS
en Colombia

Julián Orozco Ospina
Jefe de Oficina de Admisiones
Universidad de Caldas

Para verificar la validez de este certificado consulte la página http://telesalud.ucaldas.edu.co

Libertad y Orden
Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia

Prosperidad para todos

de cero a Siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

UNIVERSIDAD DE CALDAS

Telesalud
Universidad de Caldas

http://telesalud.ucaldas.edu.co www.facebook.com/telesalud @NTelesalud

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE

Con Cédula de Ciudadanía No. 53.159.949

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

ADMINISTRAR INMUNOBIOLOGICOS SEGUN DELEGACION Y NORMATIVA VIGENTE

Código: 230101210

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogota, D. C., a los treinta y un (31) días del mes de octubre de dos mil trece (2013)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

SGC2013NC01124 - 31/10/2013
No Y FECHA REGISTRO

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR Centro de Formación de Talento Humano en Salud
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

VIGENCIA
31 de Octubre de 2016

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300230101210102 4CC53159949C.

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ HUMANA

Certifican que:

DIANA CAROLINA BELTRÁN

Con C.C. 53.159.949

Asistió al Taller:

"Plan de Capacitación Gerencial para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)"

Realizado en Bogotá, D.C. del 26 al 30 de Mayo de 2014, con una intensidad de 40 horas

Dr. ÉLKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención
Ministerio de Salud y Protección Social

Dr. HELVER GUIOVANNI RUBIANO GARCÍA
Secretario de Despacho (E)
Secretaría Distrital de Salud

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE

Con Cedula de Ciudadania No. 53.159.949

Cursó y aprobó la acción de Formación

EVALUADOR DE COMPETENCIAS LABORALES PARA EL AREA TECNICA DE SU DOMINIO.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los dieciocho (18) dias del mes de agosto de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
JAIME GARCIA DI MOTOLI
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JAIME GARCIA DI MOTOLI
SUBDIRECTOR
CENTRO DE GESTION DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

22492393 - 18/08/2014
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 930300798612CC53159949C.

I SIMPOSIO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN VACUNAS

EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE INFECTOLOGÍA Y LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRÍA

CERTIFICAN QUE

DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE

Asistió al I Simposio Nacional de Actualización en Vacunas.
1 y 2 de agosto de 2014. Bogotá - Colombia

NICOLÁS IGNACIO RAMOS RODRIGUEZ
Presidente
Sociedad Colombiana de Pediatría

DIEGO ALEJANDRO GARCÍA
Asesor Nacional Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
Ministerio de Salud y Protección Social

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

EL PRESENTE DOCUMENTO HACE CONSTAR QUE:

DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE

c.c. 53159949

Realizó el curso de:

ENFERMEDADES TRASMITIDAS POR VECTORES DENGUE Y CHIKUNGUÑA

UUoIzeQxeu

Intensidad horaria: 30 horas virtuales
Bogotá, 6 de enero de 2015

Ministerio de Salud y Protección Social
Luis Carlos Ortiz Monsalve
Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Ministerio de Salud y Protección Social
Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga
Director General de Promoción y Prevención

Federación Médica Colombiana
Sergio Isaza Villa
Presidente

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE

Con Cedula de Ciudadania No. 53.159.949

Cursó y aprobó la acción de Formación

PLANES DE EMERGENCIA

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Espinal, a los veinte (20) días del mes de octubre de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
PEDRO EDUARDO FONTAL APONTE
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

PEDRO EDUARDO FONTAL APONTE
SUBDIRECTOR
CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA
REGIONAL TOLIMA

23341478 - 20/10/2014
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 112300824808CC53159949C.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE

Con Cedula de Ciudadania No. 53.159.949

Cursó y aprobó la acción de Formación

HABILIDADES PARA LA PROMOCION DE DERECHOS HUMANOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN EL MARCO DEL CONPES SOCIAL 147.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Cali, a los diez (10) días del mes de octubre de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
RUTH CECILIA MALDONADO TRIGOS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

RUTH CECILIA MALDONADO TRIGOS
SUBDIRECTORA (E)
CENTRO DE GESTION TECNOLÓGICA DE SERVICIOS
REGIONAL VALLE

23146080 - 10/10/2014
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 31100820038CC53159949C.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud
Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

Certifica que

Diana Carolina Beltrán Aguirre

53.159.949

Aprobó el Curso:

Primer Respondiente para Personal Salud

Intensidad horaria de ocho (8) horas
Validez de dos (2) años

Bogotá – Colombia, 9 de Junio de 2015

CRUE

Gabriel Darío Paredes Zapata
Director de Urgencias y Emergencias en Salud

Luis Enrique Beleño Gutiérrez
Subdirector de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres

DUES CRUE

20150609021200003011

ALCALDÍA MAYOR

BOGOTÁ HUMANA

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE

Con Cedula de Ciudadanía No. 53.159.949

Cursó y aprobó la acción de Formación

ACCIONES BASICAS PARA LA ATENCION DEL LESIONADO

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Mosquera, a los diez (10) días del mes de marzo de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
CARLOS ALBERTO BARON SERRANO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CARLOS ALBERTO BARON SERRANO
SUBDIRECTOR
CENTRO DE BIOTECNOLOGIA AGROPECUARIA
REGIONAL CUNDINAMARCA

18091509 - 10/03/2014
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9512006695 31CC53159949C.

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FEDERACIÓN MÉDICA COLOMBIANA
Miembro de la Asociación Médica Mundial

EL PRESENTE DOCUMENTO HACE CONSTAR QUE:

DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE

c.c. 53159949

Realizó el curso en:

ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL CON ENFOQUE PSICOSOCIAL A VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO

eXQWRizQcQ

Intensidad horaria: 60 horas virtuales

Bogotá, 29 de noviembre de 2016

Ministerio de Salud y Protección Social
Luis Carlos Ortiz Monsalve
Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Ministerio de Salud y Protección Social
Juan Pablo Corredor Ponguta
Jefe Oficina de Promoción Social

Federación Médica Colombiana
Sergio Isaza Villa
Presidente

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, No. 028 de septiembre 03 de 1998, No. 5069 del 17 de Diciembre de 2007, No. 15-083 de Febrero 11 de 2010, No. 15-020 de Abril 1 de 2011, No. 15-022 de Agosto 12 de 2015, de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

Certifica que:

DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE

Identificada con el Documento de Identidad No. 53.159.949 de BOGOTA D.C.

Aprobó el:

CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO

Se firma en Bogotá D.C., a los 31 días del mes de Marzo de 2017.

Director

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Norte E.S.E.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

CERTIFICA

Que: *DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE*

Asistió al Curso en: ASESORIA EN PRUEBA VOLUNTARIA Y ENTRENAMIENTO EN PRUEBAS RAPIDAS VIH-SIFILIS

Realizada los días 3 Y 4 de mayo del 2017
Intensidad Horaria: 16 horas

HERBERT IVAN VERA ESPITIA
Coordinador Laboratorio de Salud Pública

DANIEL BLANCO SANTAMARIA
Director Servicios Complementarios

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

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 53.159.949

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

NIVEL AVANZADO - Orientar personas según normativa de salud.

Código: 230101266

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en BOGOTÁ D.C., A los veintiuno (21) días del mes de Junio de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

86431 - 21/06/2017
No Y FECHA REGISTRO

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

VIGENCIA
21 de Junio de 2020

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300230101266CC53159949C.

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 933 de 2003
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 53.159.949

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

NIVEL AVANZADO - Administrar inmunobiológicos según delegación y normativa de salud.

Código: 230101257

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en BOGOTÁ D.C., A los veintinueve (29) días del mes de Mayo de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

302198 - 29/05/2018
No Y FECHA REGISTRO

VIGENCIA
29 de Mayo de 2021

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300230101257CC53159949C.

Bogotá D.C

Señores:
UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE 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:

ENFERMERA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Diana Beltrán A

No. de documento: 53159949

Tarjeta profesional No: 29099

Dirección de contacto: CARRERA 90 BIS # 76 51APT 502 INT 36 AGRUP 2

Teléfono: 4373248- 3115753171

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:
FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE 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:

GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Diana Beltran A.

No. de documento: 53159949

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: CARRERA 90 BIS # 76 51APT 502 INT 36 AGRUP 2

Teléfono: 4373248- 3115753171

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:
FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE 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:

AUDITORIA EN SALUD
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Diana Beltrán A

No. de documento: 53159949

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: CARRERA 90 BIS # 76 51APT 502 INT 36 AGRUP 2

Teléfono: 4373248- 3115753171

Scanned by CamScanner

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

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE**, identificada con CC. Nº 53.159.949, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR C/TO
1488-2012	06-12-2012	31-01-2012	$ 4.933.053
ADC. 1488	01-02-2012	29-02-2012	$ 2.690.756
352-2013	01-03-2013	31-07-2013	$14.853.800
ADC. 352	01-08-2013	31-08-2013	$ 2.970.760
1510-2013	01-09-2013	30-11-2013	$ 9.930.000
2181-2013	01-12-2013	31-01-2014	$ 6.620.000
ADC. 2181	01-02-2014	28-02-2014	$ 3.310.000
367-2014	01-03-2014	30-04-2014	$ 6.620.000
941-2014	01-05-2014	30-06-2014	$ 6.620.000
1516-2014	01-07-2014	31-08-2014	$ 6.620.000
2431-2014	01-09-2014	30-09-2014	$ 3.310.000
3270-2014	03-10-2014	31-10-2014	$ 3.310.000
3998-2014	01-11-2014	31-12-2014	$ 6.620.000
060-2015	01-01-2015	31-01-2015	$ 3.310.000
871-2015	01-02-2015	31-03-2015	$ 6.620.000
1433-2015	01-04-2015	30-09-2015	$20.586.876
2857-2015	01-10-2015	30-09-2015	$6.862.292
3560-2015	01-12-2015	31-12-2015	$3.431.146
5-2016	01-01-2016	31-01-2016	$3.431.146
1073-2016	11-02-2016	30-07-2016	$20.759.465
02-PS-1071-2016	05-09-2016	31-03-2017	$19.913.334
PS-3861-2017	17-04-2017	31-03-2018	$32.106.667

Contrato 1488-2012 al 1073-2016
OBJETO
APOYO Y SOPORTE COMO APOYO A LA AGESTIONPARA ELDESARROLLO DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PAI DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Prestar sus servicios como Apoyo a la gestión para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con el FFD. y la ESE.2. Apoyar la prestación de servicios en el programa, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponden al objeto y/o actividades contractuales3.Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar

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

Contrato 02-PS-1071-2016
OBJETO
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL COMPONENTE DE PROGRAMAS Y ACCIONES DE INTERES EN SALUD, EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 833/2016, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2.Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo al ANEXO 3 contenido en el Contrato interadministrativo 833/2016 suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Contrato PS-3861-2017
OBJETO
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 0083/2017, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2.Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo al ANEXO 3 contenido en el Contrato interadministrativo 0083/2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los 13 días del mes de marzo de 2018.

Para mayor información favor comunicarse al celular 3023399604 o dirigirse a la Avenida Caracas # 33A-11, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

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

Revisó: Daniela Rodríguez Goyes- Asesora Dirección Contratación OPS
Proyecto: Adonay Neira Joiro-Apoyo Administrativo OPS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Fontibón

Al contestar por favor cite estos datos:
Radicado No.: **20133500058001**
Fecha: 13-08-2013

Bogotá D.C., Martes, 13 de Agosto de 2013

EL ASESOR JURIDICO

DEL

HOSPITAL FONTIBÓN E. S. E.

NIT 830.077.650-1

CERTIFICA

Que **DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **53.159.949** de **BOGOTA** Desarrollo actividades en esta institución a través de los siguientes contratos de prestación de servicios:

CONTRATO NO.	**1515-11**
OBJETO	Prestación de Servicios PROFESIONALES de enfermería para procesos de salud publica Hospital Fontibón E. S. E.
FECHA DE INICIO	18 de Octubre de 2011
TERMINO DE CONTRATO	31 de Enero de 2012
VALOR MENSUAL	DOS MILLONES DE PESOS ($2'000.000) M/CTE

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS DEL CONTRATISTA: EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DESCRITO ANTERIORMENTE, SE CONSIDERA NECESARIO EL DESARROLLO DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

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

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

3 Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos avalados por la Secretaría

Distrital de Salud, de cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes que sustenten el desempeño de las funciones (Cronograma, informe de gestión, informe bimestral o trimestral, censo, actualización permanente de bases de datos, sistemas de información, informe visitas o acciones realizadas, tablero de control e informe PIC, portafolio) según lo indique el lineamiento para cada caso.

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

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

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

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

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

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

10 Entrenamiento certificado en Soporte vital básico de mínimo 20 horas.

11 Entrenamiento certificado en toma de Citología.

12 Vigilar el cumplimiento del esquema único nacional de vacunación de acuerdo a los lineamientos emanados por el Ministerio de la Protección Social y la aplicación del esquema de los biológicos incluidos dentro del Plan Distrital, cuando a ello haya lugar.

13 Garantizar el uso racional del recurso físico entregado a los trabajadores a su cargo.

CONTRATO NO.	**1035-12**
OBJETO	Prestar Servicios PROFESIONALES COMO ENFERMERA JEFE para procesos de Salud Pública en el Hospital Fontibón E.S.E.
FECHA DE INICIO	13 de Febrero de 2012
TERMINO DE CONTRATO	30 de Septiembre de 2012
VALOR MENSUAL	DOS MILLONES OCHENTA MIL PESOS ($2'080.000) M/CTE.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Fontibón

ACTIVIDADES ESPECIFICAS, OBLIGACIONES Y/O PRODUCTOS DEL CONTRATISTA: EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DESCRITO ANTERIORMENTE, SE CONSIDERA NECESARIO EL DESARROLLO DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10 Vigilar el cumplimiento del esquema único nacional de vacunación de acuerdo a los lineamientos emanados por el Ministerio de la Protección Social y la aplicación del esquema de los biológicos incluidos dentro del Plan Distrital, cuando a ello haya lugar.

11 Garantizar el uso racional del recurso físico y logistico a su cargo. .

12. Participar activa y proactivamente en todas las activamente programadas por la institución en el proceso de Acreditación, que apuntan al mejoramiento continuo de entidad.

13 Conocer e Interiorizar los principios y valores institucionales y operativizarlos en el diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar a la Acreditación del Hospital.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Fontibón

14. Conocer, incorporar y Aplicar las herramientas impartidas por el Hospital para la Implementación de los sistemas integrados de Gestión de la Calidad y control con énfasis en la Acreditación de la Entidad.

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C a los Nueve (09) dia del mes de Agosto de dos mil trece (2013) a solicitud del interesado.

Cordialmente,

ALVARO GALVIS BARRIOS
ASESOR JURIDICO

Proyecto: Sandra Milena Perero Romero – Apoyo Juridico-

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL

DECIMASEXTA BRIGADA
BATALLÓN DE ASPC No. 16 "TE WILLIAM RAMIREZ SILVA"

EL SUSCRITO DIRECTOR ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR BR16

CERTIFICA QUE:

DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE identificada con cédula de ciudadania No. 53.159.949 de Bogotá D.C., fue nombrada para ocupar el cargo de Enfermera Servicio Social Obligatorio en el Establecimiento de Sanidad Militar 4036. Unidad BAS16 en el municipio de Yopal, por un lapso de doce (12) meses a partir del 03 de Agosto de 2010 al 03 de Agosto de 2011, cumplió a cabalidad con el Servicio Social Obligatorio, Programas y Requisitos que le fueron encomendados por esta Entidad, dependiente de la Dirección de Sanidad Ejército.

La localidad y cargo antes mencionados son validos para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio, de acuerdo a la Resolución No. 0820 del 10 de Diciembre de 2009, Código 217. Número de Orden de Plaza 20-E, aprobada por la SECRETARIA DE SALUD DE CASANARE.

Se expide la presente con destino a la SECRETARIA DE SALUD DE CASANARE, a los tres (03) días del mes de Agosto del año dos mil once (2011) en Yopal Casanare.

Vo. Bo.

Mayor **ELIZABETH VÉLEZ SALAZAR**
Directora Establecimiento de Sanidad Militar 4036

Autentica,

Teniente Coronel **WILLIAM RODRIGUEZ AVILA**
Comandante Batallón de A.S.P.C. No. 16

Elaboró: Yazmin Rosas Diaz
Secretaria Dirección ESM 4036 BR16

Vo.Bo. MY Elizabeth Vélez
Directora ESM 4036 BR16

Revisó: MY Elizabeth Vélez
Directora ESM 4036 BR16

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **53.159.949**

BELTRAN AGUIRRE

APELLIDOS

DIANA CAROLINA

NOMBRES



Diana Beltran A

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-ABR-1985**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

28-JUL-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500112-42119912-F-0053159949-20031105 **02363** 03309O 01 152453626

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14463580609

(415)7707212489984(8020) 000001446358060 9

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	5 3 1 5 9 9 4 9	2 0 0 3 0 7 2 8

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BELTRAN	AGUIRRE	DIANA	CAROLINA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CR 90 BIS 76 51 IN 36 AP 502 BRR FLORENCIA AFIDRO

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
carolinabeltran600@gmail.com		4 3 7 3 2 4 8	3 1 1 5 7 5 3 1 7 1

CLASIFICACION

Actividad económica

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

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:	2	0																								

26- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 8 0 3 2 5

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: Diana Beltrán A.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: BELTRAN AGUIRRE DIANA CAROLINA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 16-08-2016
Hora: 1:06:19 PM

CONTRIBUYENTE CC 53159949 DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE

Información

Dirección	KR 90 BUIS 76 51 AP 502 IN 36
Teléfonos	4373248/3115753171
Dirección	nanita969@hotmail.com
Fax	

Información de

Fecha Inscripción	16/08/2016
Soporte Inscripción	18575799
Fecha Inicio Actividades	07/09/2010
# Establecimientos:	0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica	PERSONA NATURAL
Régimen Tributario	REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

DIANA CAROLINA
BELTRAN AGUIRRE

C.C. 53159949

ENFERMERO(A)

Expedicion 26/02/2014

IDentico S.A.S

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANEC
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)

Diana Beltran A.



REGISTRADO
NOMBRE DIANA C. BELTRAN AGUIRRE
C.C. 53.159.949 BOGOTA
UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN
RUN No. 29099
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)
EXPEDIDO 13/SEP/2011 FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 13/SEP/2021

THOMAS GREEN & SONS. 310.037.31/1210

No.

REGISTRADOR ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo a la Ley 266 de 1996 y es válida en todo el Territorio Nacional.

Si es encontrada por favor devolverla a ANEC

No. 29333

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANEC

RESOLUCION No 29099 de SEPTIEMBRE 13 DE 2011
Por la cual se expide el Registro Único Profesional de Enfermería

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, en uso de las facultades que le confiere el Capítulo V, artículos 13,14 y 15 de la Ley 266 de 1996,

CONSIDERANDO

A) Que, DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE Identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 53.159.949, expedida en BOGOTA, ha solicitado a esta Asociación se le expida su Registro Único Nacional para ejercer la profesión de enfermería en Colombia y su Inscripción como Enfermera(o) Registrada(o).

B) La (Él) peticionaria (o) presentó: fotocopia de la cédula de ciudadanía, original del recibo de pago de los derechos de la expedición del Registro y Tarjeta Profesional, fotocopia del título otorgado por la UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN de BOGOTA, expedido el 12 del mes MAYO de 2010, con lo cual se reúnen los requisitos legales para otorgarle el Registro Único Nacional.

C) LA ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA ANEC, en uso de las atribuciones que le concede la Ley 266 de 1996, en especial el artículo 14, de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada, según acta número 449 del 13 de SEPTIEMBRE de 2.011.

RESUELVE

Artículo Único. Reconocer como en efecto se hace con el presente acto, la calidad de Enfermera(o) a DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE, al tenor de los artículos 13 y 14 de la Ley 266 de 1996, otorgar el Registro como Profesional de Enfermería No 29099, su Inscripción en el libro correspondiente y expedir la Tarjeta Profesional que acredita la calidad de la Enfermera (o).

Parágrafo: La documentación aportada por el solicitante, en el caso de no ser consistente con la realidad, el Registro y la Tarjeta aquí promulgados, serán anulados oficiosamente, sin perjuicio de las acciones judiciales pertinentes.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en la oficina de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, a los 13 días del mes de SEPTIEMBRE de 2011 en Bogotá, D.C.

BEATRÍZ CARVALLO SUAREZ
Registradora Nacional ANEC

THOMAS GREG & SONS

2333

ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA ANEC

Hoy: 21 SEP 2011 a las 1:50p notifique

Personalmente del contenido de la Resolución No. **29099**

De Fecha: **SEPTIEMBRE 13 DE 2011** A: **DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE**

Identificada (o) Con C.C. **53.159.949** de **Bogotá** en condición de Enfermera(o)

==========

REGISTRADA (O):

La (El) Notificada: X Diana Carolina Beltrán A.

C.C. No. 53159949. de Bta.

La Notificadora: Clara Pinilla Gaitán

Entrega Tarjeta Profesional No. **29099**

Firma: X Diana Beltrán A

C.C. No. 53159949 de Bta.

900 48 NÚMERO 85- 0762 - DE 2011 05 AGO 2011

POR LA CUAL SE CONCEDE AUTORIZACIÓN PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL

EL SECRETARIO DE SALUD DE CASANARE

En uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas en Decretos 1875 de 1994, 1352 de 2000, Resolución 8211 de 1988 emanados del Ministerio de Salud y

C O N S I D E R A N D O:

Que **DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE**, identificada con Cédula de Ciudadanía No.**53.159.949** expedida en Bogotá, ha solicitado autorización del ejercicio profesional como **ENFERMERA,** Título que le otorgó **LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN**, Registrado con No.018005, folio:37, libro:6, diploma:04220, acta:143, de fecha 12 de mayo de 2010.

Que realizó el Servicio Social Obligatorio tal como determina la Resolución No.1058 de 23 de marzo de 2010 emanada del Ministerio de Salud, en el **ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 4036, UNIDAD BAS16,** con sede de labores el Municipio de Yopal, en el periodo desde el 03 de agosto de 2010 hasta el 03 de agosto de 2011; plaza aprobada por la Secretaria de Salud de Casanare mediante Resolución No.0820 de 10 de diciembre de 2009, Orden No.20-E.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

R E S U E L V E:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE,** identificada con Cédula de Ciudadanía No.**53.159.949** expedida en Bogotá, para ejercer la profesión de **ENFERMERA** en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona Geográfica diferente a Donde se autoriza el titulo o certificado, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde va a laborar.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Yopal, a los 05 AGO 2011

Liliana Agudelo A
LILIANA AGUDELO ARIZA
Secretaria de Salud de Casanare

VoBo.: Oficina Jurídica
Elaboró: Jhon Yariiz Parra

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 *

53159949

Primer Nombre *

DIANA

Primer Apellido *

BELTRAN

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2019-01-21→11:04:39 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	53159949	DIANA	CAROLINA	BELTRAN	AGUIRRE	Ver

Información Detallada [CC: 53159949] DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE

2019-01-21→11:04:39 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Enfermería	0001/1/01	ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

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).

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **DIANA CAROLINA BELTRÁN AGUIRRE** identificada con la cédula de ciudadanía número 53.159.949, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veintitrés (23) días del mes de enero del año dos mil diecinueve (2019).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: 110010883100

Fecha de generación del carné: lunes, 21 de enero de 2019 09:34 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	53159949
Nombres y Apellidos	DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE		
Fecha de nacimiento:	06/04/1985		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis	03/04/2017	Bostrix	AC37B177AC 04/2017	UPA BELLO HORIZONTE
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis	20/04/2011	Havrix 1440	AHABB191AB	
	Segunda dosis	20/05/2011	Havrix 1440	AHABB191AB	
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis	18/09/2010	Twinrix	AHABB191AB	
	Segunda dosis	20/10/2011	Twinrix	AHABB191AB	
	Tercera dosis	20/05/2011	Twinrix	AHABB191BB	
Hepatitis B	Primera dosis	02/02/1996	Engerix B Adultos		
	Segunda dosis	06/03/1996	Engerix B Adultos		
	Tercera dosis	04/05/1996	Engerix B Adultos		
	Refuerzo	22/02/2018	Recombax B	034Q5003BE	
Influenza	Única	28/05/2018	GC FLU	V50218006	UPA SAN JOSE OBRERO
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única	29/07/2005	Sarampión -Rubéola	3000463	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL SAN CRISTOBAL
Td	Primera dosis	23/06/2004	Toxoide Tetánico y diftérico	024L1015C	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL SAN CRISTOBAL
	Segunda dosis	02/08/2004	Toxoide Tetánico y diftérico	024L1015C	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL SAN CRISTOBAL
	Tercera dosis	08/02/2005	Toxoide Tetánico y diftérico	EU40406	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL SAN CRISTOBAL

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: 110010883100

Fecha de generación del carné: lunes, 21 de enero de 2019 09:34 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	53159949
Nombres y Apellidos	DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE		
Fecha de nacimiento:	06/04/1985		

Td	Cuarta dosis	21/02/2006	Toxoide Tetánico y diftérico	024L1014	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL SAN CRISTOBAL
	Quinta dosis	25/07/2007	Toxoide Tetánico y diftérico	EU40512	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL SAN CRISTOBAL
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

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.

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Diana Carolina

Apellidos: Beltrán Aguirre

Documento de identidad: C.C. ~~T.I.~~ Pasaporte No. 53159949

Fecha de Nacimiento: Día. 06 Mes. 04 Año. 1985

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	22.01-19	0128W13002 12/20	SRCO
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual			
Otras				

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Resolución Lic. No. 9511 de 23/08/2013
Res. Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 12 / 9 / 2016

EXAMEN: [✓] Preocupacional o Ingreso [ ] Pos-ocupacional o Egreso [ ] Periódico

NOMBRES: DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE C.C. 53.159.949 EDAD: 31 SEXO M [F]

EMPRESA: SUBRED CENTRO ORIENTE CARGO: ENFERMERA PROFESIONAL Tel.: Cel.: 3115753171

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

	NORMAL	ANORMAL	
Valoración Medica Laboral	✓		
Espirometria			
Audiometria			
Visiometría			
Optometría			
Electrocardiograma			
Psicología Laboral			
Radiología: Túnel/Carpo			
Radiología: Columna			
Radiología: Tórax			

	NORMAL	ANORMAL	
Respiratorio	✓		
Dermatología	✓		
Osteomuscular	✓		
Cardiovascular	✓		
Vacunas			
Prueba de Equilibrio	✓		
Otros			

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

	NORMAL	ANORMAL	
Cuadro Hematico IVG			
Glicemia			
Colesterol			
Triglicerios			

	NORMAL	ANORMAL	
Serología			
Parcial de Orina			
RH - Grupo Sanguíneo			
Varios			

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

APTO PARA TRABAJOS SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) [ ] Según Res. 1409 del 23 de Julio de 2012

	SI	NO		SI	NO
Apto para el cargo sin restricciones	X		Aplazado		
Apto para el cargo con restricciones que intervienen con su trabajo			No apto para este cargo		
Apto para trabajos en superficies sin infradesnivel					

Examen PERIODICO satisfactorio SI [ ] NO [ ]

Examen de EGRESO satisfactorio SI [ ] NO [ ]

RECOMEDACIONES - RESTRICCIONES

1. Higiene Postural	✓	6. Control Audiometrico	—	11. Estilos de Vida Saludable	✓
2. Pausas Activas	✓	7. Uso de Doble Proteccion Auditiva	—	12. Evitar Posturas Prolongadas	✓
3. Ergonomía del Puesto de Trabajo	✓	8. Control Optometrico Periodico	—	13. Uso de Medias de Compresión Graduado	
4. Uso de Elementos de Protección Personal	✓	9. Uso de Lentes permanentes	—	14. Valoración y Manejo en IPS	✓
5. Valoración por IPS de Medicina Laboral	✓	10. Control de Tension Arterial	✓		

15. Citel a nutricion por su EPS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO *(De Lectura Obligatoria)*

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del examen medico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fuí informado de las medidas que el Profesional de Salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS EL DIVINO NIÑO JESÚS
Dr. Hugo R. Nieto R.
Médico Especialista en Salud Ocupacional
SSI Ltda. 251396

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RM

Firma Trabajador

Diana Beltrán A

C.C. No. 53159949 Bta.

Huella I.D.

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels.: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
umedltda@gmail.com - info@umedips.com
www.umedips.com

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional

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:	2019-01-21	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	BOGOTA

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
BELTRAN	AGUIRRE	DIANA	CAROLINA

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	53.159.949	BOGOTA	2003/07/28

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1985-04-06	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐			311553171

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☒	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	TECNOLOGO ☐	CUAL: ES. GERENCIA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ES. AUDITORIA EN SALUD	ENFERMERA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CRA 90 BIS # 76 - 51 APT 502 INT 36 AGRUP 2	BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIA	4373248

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
CAROLINABELTRAN600@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..... ☐	

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐	NO ☒		8692
		ICA	SI ☒	NO ☐		PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐	NO ☒		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒

Scanned by CamScanner

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		# NIT	
GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ UD ☒		900959051-7	

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ ANCIERA TR☐ ORTE TE☐ LOGIA ALIMEN☐ MEDICAM☐ TOS ☐
OTRA ☐ CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DG 34 # 5-43	3444484	BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	ENFERMERA	FECHA VINCULACION	2018-04-17

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 2.600.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 3.000.000	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 3.000.000	TOTAL EGRESOS	$ 2.600.000	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 Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PEREZ	FUENTES	ANDREA	MARYURY
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CL 35 C SUR 1 A 41	BOGOTA/BOGOTA/ COLOMBIA	AMIGA	3214895558

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIVENDA	CUENTA DE AHORROS	055000700696292	PABLO VI	2158717

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTAC☐ EXPORTACIO☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐A ☐
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.):

ENFERMERA

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

Scanned by CamScanner

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

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

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

Scanned by CamScanner

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Diana Beltrán A.

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:		

Scanned by CamScanner

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE identificado(a) con cedula ciudadania 53.159.949 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20170301	No Registrada	657

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 22 días del mes de Enero de 2.019

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

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

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
10709962

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **53159949,** se encuentra afiliado (a) desde **01/07/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/07/2017	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 21 de enero de 2019.

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.

Secretaria 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

53.159.949			SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento			ARL
DIANA	CAROLINA	BELTRAN	AGUIRRE
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
06/04/1985	BOGOTA	KR 90 BIS # 76 - 51 INT 36 AGRUP 2 APT 502	4373248
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
COMPENSAR	COLPENSIONES		3.000.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones		Honorarios
ENFERMERA			
Objeto Contractual (Cargo)			Fecha Inicio del Contrato
DBELTRAN.SUBREDCENTROORIENTE@GMAIL.COM			3115753171
Correo Electrónico			Celular
Diana Beltran A			
Firma del Afliado			Firma y Nombre Supervisor del Contrato
			C.C.

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

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 121016468

WEB
18:27:05

Bogotá DC, 21 de enero del 2019

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 53159949:

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 21 de enero de 2019, a las 18:22:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	53159949
Código de Verificación	53159949190121182215

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2712081

Bogotá D.C., 21 de Enero de 2019 - 18:39 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., el señor(a) **DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y TRES MILLONES CIENTO CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y NUEVE** de BOGOTA D.C.

53159949

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_4Q6HQ_3818
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 23:40:25 horas del 21/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **53159949**
Apellidos y Nombres: **BELTRAN AGUIRRE DIANA CAROLINA**

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.

Avenida el Dorado N° 75 - 25
Barrio Modelia. 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. 5159700 / 30555
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **21/01/2019**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DIANA CAROLINA BELTRAN AGUIRRE** con **Cédula de Ciudadanía** número **53159949**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550007700696292**
Fecha de apertura	**17/07/2010**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA