REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 53.028.440

MARTINEZ OCHOA

APELLIDOS

DIANA MARIA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-MAR-1983

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

07-OCT-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00161976-F-0053028440-20090708 0013226291A 1 28802724

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Martinez	Ochoa	Diana Maria

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 53'029 440

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 26 MES 03 AÑO 1983

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Cundinamarca

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cra 93B Bis # 130A 91

PAÍS: Colombia DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Cundinamarca

TELÉFONO: 3024399352 EMAIL: Dimar0326@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

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

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Tecnica	6	1		Digitador en sistemas	10	2007.	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Escuela de Formación deportiva lago de suba		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Cundinarca	gillerlago@yahoo.es

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3108528184	DÍA 03 MES 02 AÑO 2005	DÍA 01 MES 01 AÑO 2005

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Secretaria	Administrativa	Clle 129C # 101 - 10.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Yamaki	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Cundinamarca	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4385285	DÍA 01 MES 01 AÑO 2010	DÍA 15 MES 03 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Recaudadora de Dinero	Administrativa	AV Boyaca # 71 - 73

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO	10	8.
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	7.
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	14	15.

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá 16-12-2017.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT | **PM-GRI-FT-05**

Fecha de Diligenciamiento — Día: 16 — Mes: 12 — Año: 2017

Clase de Vinculación — Proveedor: [ ] Colaborador: [X] EAPB: [ ] Otro: [ ]

PERSONA NATURAL

Nombre Completo: Diana Maria Martinez Ochoa

CC: [X] CE: [ ] TI: [ ] Otro: [ ] N°: 53'028 440

Fecha Nacimiento — Día: 26 Mes: 03 Año: 1983 — Lugar Nacimiento: Bogota.

Profesión, Ocupación u Oficio: Empleada — Fecha Expedición Documento: 07 octubre 2002

Dirección Residencia: Cra 93B Bis # 130A 89 — Teléfono (s): 302 4389352

Ingresos Mensuales: 1'500.000 — Egresos Mensuales: 1'200.000

Otros Ingresos diferentes a la relación contractual — SI: [ ] NO: [X] — Otros Ingresos Mensuales:

Concepto Otros Ingresos:

Estado Civil: Unión libre — Correo Electrónico: Dimar0326@yahoo.com

Marque con una (x), según corresponda, por su Perfil, Cargo o Profesión:

¿Maneja Recursos Públicos? SI: [X] NO: [ ] — ¿Tiene Reconocimiento Público? SI: [X] NO: [ ]

¿Ejerce algún grado de Poder Público? SI: [ ] NO: [ ] — ¿Es familiar de una persona publicamente expuesta? SI: [ ] NO: [X]

PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social: — Nit: — DV:

Tipo de Empresa — Pública: [ ] Privada: [ ] Mixta: [ ] — Sector de la Economía: — CIIU:

Fecha de constitución en Cámara de Comercio: — E-mail:

Oficina Principal — Dirección: — Ciudad:

Teléfono (s): — Tiene Sucursales SI: [ ] NO: [ ]

Representante Legal — Nombre Completo:

CC: [ ] CE: [ ] TI: [ ] Otro: [ ] N°:

Representante Legal — Dirección: — Teléfono:

Identificación de Accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, Aporte o Participación.

Tipo ID		Número ID	Nombre Completo	¿Por su actividad o cargo goza de Reconocimiento Público, Poder Público y/o Recursos Públicos ? Marque **SI** o **NO** y especifique.

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera? SI: [ ] NO: [X] Cuál:

¿Poseé productos Financieros en el Exterior? SI: [ ] NO: [ ] Cuál:

Producto		Número Producto	Moneda	Monto	Entidad	País	Ciudad

Todos los espacios de este formulario deben quedar diligenciados, por lo tanto en aquellos que no tenga información por favor escriba N.A. (No aplica).

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.
3. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a la Financiación del Terrorismo.
4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico o corrupcion.
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Ingresos: Del trabajo que realizo diariamente

CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para prevenir y controlar el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular.
3. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. podrá terminar unilateralmente e inmediatamente el vinculo contractual, cuando el proveedor, colaborador, EAPB u otro, llegaren a:
   * Estar vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, financiación del terrorismo, terrorismo, lavado de activos, testaferrato y/o tráfico de estupefacientes.
   * Ser incluídos en listas vinculantes de acuerdo con lo estipulado en la Manual SARLAFT.
   * Ser condenado por parte de las autoridades competentes por cualquiera de los delitos fuente del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo descritos en el Código Penal Colombiano.
4. Autorizo ser consultado en listas y/o bases de datos que permitan prevenir el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes,

firmo el presente documento a los 16 días del mes de Diciembre del año 2017, en la ciudad de Bogotá.



HUELLA

Diana María Martinez Ochoa

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LA SUBRED SUR - INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN

Nombre Completo de quien verifica	Jorge Hernan Rojas			Cargo	Referente de Facturacion
Fecha de Verificación		Hora		Firma	
Observaciones					

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

Colegio Benposta
Nación de Muchachos

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.,

según Resolución No. 7475 del 19 de Noviembre de 1998

Confiere a :

Diana María Martínez Ochoa

C.C. 53.028.440 de Bogotá, D.C.

el Título de:

Bachiller Académico

con énfasis en Desarrollo Comunitario

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994); según los planes y programas vigentes

Rector

Secretaria

Anotado al Folio No. 12 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 1

Dado en Bogotá, D.C., a 27 de Noviembre de 2004

No requiere Registro de la Secretaría de Educación, según Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República.

Visual Láser Ltda.

La República de Colombia

y en su nombre el:

Centro de Capacitación Comercial Actualizado

Aprobado por la Secretaría de Educación Distrital,
según Resolución No. 8605 del 5 de diciembre de 1997
Educación No Formal

Confiere a:

Diana Martínez Ochoa

C.C. 53.028.440 de Bogotá

El Título de:

Certificado de Aptitud Ocupacional

En la Especialidad de:

Digitadora en Sistemas

Intensidad Horaria: 80 horas

CCA

Director

Secretaria

Dado en Bogotá D.C., a los 2 días del mes de octubre de 2007.

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO BENPOSTA
NACION DE MUCHACHOS

KM. 4 VIA CHOACHI
TELEFONO 3 375823
BOGOTA, D.C.

Inscripción S.E. 783 *Inscripción Dane 311769001757*

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los veintisiete (27) días del mes de Noviembre de 2004, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria Administrativa en la Rectoria del ***COLEGIO BENPOSTA NACION DE MUCHACHOS,*** *institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá D.C., para otorgar el Título de BACHILLER CON ÉNFASIS EN DESARROLLO COMUNITARIO, según Resolución No. 7475 del 19 de Noviembre de 1998.*

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de

Bachiller Académico
Con énfasis en Desarrollo Comunitario

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Diana María Martínez Ochoa
C.C. 53.028.440 de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 30 del 27 de Noviembre de 2004, consta de 26 alumnos; comienza con el nombre de ARDILA SARMIENTO OSCAR YAMITD y termina con el nombre de VELOSA MOSQUERA LEIDY CAROLINA. Firmada por ***JOSE ALEJANDRO ACOSTA GUZMAN*** *(Rector) y* ***MARIA EMIGDIA IZQUIERDO SÁNCHEZ*** *(Secretaria Administrativa).*

Dada en Bogotá, D.C., a los veintisiete (27) días del mes de Noviembre de 2004.

No requiere Registro de la Secretaria de Educación según, Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.

JOSE ALEJANDRO ACOSTA GUZMAN
Rector
C.C. 5.859.888 de Carmen de Apicalá

VISUAL LASER
3686850 - 3686851

MARIA EMIGDIA IZQUIERDO SANCHEZ
Secretaria Administrativa
C.C.51.577.808 de Bogotá

CENTRO DE CAPACITACION
TECNICO ACTUALIZADO
Resolución No. 8605 del 5 de Diciembre de1997

EL SUSCRITO DIRECTOR Y SECRETARIA DEL CENTRO DE CAPACITACION

CERTIFICAN

Que la señorita **DIANA MARTINEZ OCHOA** identificada con cédula de ciudadanía No.53.028.440 de Bogotá; aprobó el curso de **DIGITADORA EN SISTEMAS** dictado en este plantel.

Se expide en Bogotá a solicitud de la interesada a los dos (2) días del mes de Octubre de Dos mil siete (2007).

GUILLERMO SEGURA
DIRECTOR

LAURA CALDERON
SECRETARIA



ESCUELA DE FORMACION DEPOERTIVA LAGODE SUBA
CON AVAL 327 DEL IDRD
"CADA DIA PARA SERVIR MEJOR"
fundada el 14 de agosto de 1994

BOGOTA D.C. 26 DE NOVIEMBRE DE 2017

AQUIEN LE INTERESE

Por medio de la presente yo **GUILLERMO GONZÁLEZ** identificado como aparase debajo de mi firma, certifico que la señora **DIANA MARIA MARTINEZ OCHOA** identificada con cedula de ciudadanía Nº 53 028440 de Bogotá, la cual laboro en mi escuela de formación deportiva desempeñándose como secretaria desde el día 03 de febrero de 2002 hasta el día 01 de enero de 2005. Con un horario de las 2:00 P.M a 6:00 P.M horas de lunes a viernes.

Extiendo el presente certificado para los intereses del trabajador.

Guillermo González

CC. 19.122.550 de Bogotá

CALLE 129C #101-10 tel. CEL: 3108528184 CORREO ELECTRÓNICO
gillerlago@yahoo.es

YAMAKI®
Experiencia y soluciones en audio

AQUIEN LE INTERESE

la señora **DIANA MARIA MARTINEZ OCHOA** identificada con cedula de ciudadanía Nº 53 028440 de Bogotá, laboro en la empresa desde el 01 de enero de 2010 hasta el 15 de marzo de 2014, en el cargo Recaudadora de dinero

Desempeño las siguientes funciones:

- Recaudando dinero
- Administrador de archivo
- Recibir y entregar correspondencia

En el tiempo que laboro en la empresa demostró ser una persona honesta, responsable y comprometida.

Dada en Bogotá D.C. a las veintiséis (26) días del mes de noviembre de dos mil diecisiete (2017).

Cordialmente:

CRISTINA SANTOS
Nombre del jefe inmediato

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1961166

Bogotá D.C., 17 de Diciembre de 2017 - 8:05 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **CINCUENTA Y TRES MILLONES VEINTIOCHO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA**

53028440

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.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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: 12_VGGM_048
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 14 de diciembre de 2017, a las 08:31:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	53028440
Código de Verificación	53028440171214083130

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

Digitó y Revisó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 102919398

WEB
08:37:21

Bogotá DC, 14 de diciembre del 2017

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 MARIA MARTINEZ OCHOA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 53028440:

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 GONZÁLEZ
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.

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 14445263069

(415)7707212489984(8020) 000001444526306 9

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

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
MARTINEZ	OCHOA	DIANA	MARIA

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: CL 130 A 94 B 18 BRR COSTA RICA SUBA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
dimar0326@yahoo.com		3 0 2 4 3 8 9 3 5 2	6 8 5 2 3 0

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 2 1 1	2 0 1 7 1 2 2 0						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 7 1 2 2 0

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 Maria Martinez Ochoa

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre SANCHEZ VEGA LUZ ADIELA

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 20-12-2017 07:32:27

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 20-12-2017
Hora: 7:40:21 AM

CONTRIBUYENTE NIT 53028440-2 DIANA MARIA MARTINEZ OCHOA

Información General

Dirección CL 130A 94B 18 BRR COSTA RICA SUBA

Teléfonos 6852300

Dirección electrónica dimar0326@yahoo.com

Fax 3024389352

Información de Registro

Fecha Inscripción 20/12/2017

Soporte Inscripción 18991869

Fecha Inicio Actividades 20/12/2017

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8211-ACTIVIDADES COMBINADAS DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE OFICINA

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002520721

Fuente ICA TE TOCA

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Certificado de Aptitud

Informe Salud Ocupacional



FECHA: 12/07/2017

EMPRESA: PARTICULAR

TIPO DE EXAMEN Periódico

NOMBRES APELLIDOS MARTINEZ OCHOA DIANA MARIA | CC. 53.028.440

GENERO F | EDAD 33 | CARGO U OFICIO AUXILIAR DE VENTANILLA

TIPO DE CARGO Operativo

Concepto de aptitud (No Aplica para exámen de Retiro)

- [X] Apto para trabajar sin restricciones
- [ ] Apto para trabajar con restricciones
- [ ] Apto para trabajar en alturas
- [ ] Apto manipular alimentos
- [ ] Aplazado
- [ ] No Apto

EXÁMENES REALIZADOS

Limitaciones, restricciones o causa de aplazamiento:

Recomendaciones:

Medidas de higiene postural, PAUSAS ACTIVAS, CAMBIOS POSTURALES CADA HORA,Control periódico anual, ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR,Control en la EPS, CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA, USO DE MEDIAS ANTIVÁRICES

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo MARTINEZ OCHOA DIANA MARIA identificado con cc No. 53.028.440 Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional, exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

DRA LUZ ELENA MARTINEZ LSO 9452

Aspirante o Trabajador

CC: 53.028.440

CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

VALORACION VISUAL OCUPACIONAL

NOMBRES:	Diana Martinez	EDAD: 36 años	FECHA: Dic 13/A
IDENTIFICACION:	53028440	TELEFONO:	
CARGO:		EMPRESA:	

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

OCUPACION:	TIEMPO EN ESTE OFICIO:

UTILIZA ALGUNA PROTECCION? SI _____ NO _____ CUAL? _____

EVALUACION DE LA PRUEBA

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCION	CON CORRECCION
Lejos OD	20/20	
Lejos OI	20/20	
Lejos AO	20/20	
Cerca OD	OJM	
Cerca OI	OJM	
Cerca AO	OJM	

RECOMENDACIONES

OFTALMOSCOPIA DIRECTA	OD: Normal	OI: Normal	AO: Normal
Necesidad de correccion óptica:	NO		
Cromática:	NORMAL ———	ANORMAL ———	
Test Estereopsis:	———		
INTERPRETACION:	Emetrope AO		
OBSERVACIONES	NO REQUIERE RX.		
RECOMENDACIONES	CONTROL 1 AÑO		

Optómetra Universidad de la Salle T.P. 70.217

PIRMA PROFESIONAL

FIRMA TRABAJADOR

REPORTE DE ESPIROMETRIA

NOMBRES:		EDAD:	FECHA:
IDENTIFICACION:		TELEFONO:	
CARGO:		EMPRESA:	

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

RESULTADOS PRUEBA

ITEM	VALOR OBSERVADO	VALOR TEORICO	
FUC (L)			
FEV1 (L)			
FEV1 / FUC (%)			
FEF25 - 75% (L/S)			
PEF(L/S)			

INTERPRETACION

RECOMENDACIONES

_____ _____

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2017

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 53028440
NOMBRES Y APELLIDOS	Martinez Ochoa,Diana Maria
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	28/04/2015
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Martinez Ochoa,Diana Maria, a los 14 días del mes de diciembre del año 2017.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

ARL | sura

Medellín, 16 de diciembre de 2017

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

CERTIFICA:

Que DIANA MARIA MARTINEZ OCHOA identificado(a) con cédula de ciudadanía 53028440 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/08/2016 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - ASISTENCIAL

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

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

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por Arl Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generaciónC530284401735050736

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 16/12/2017 2.05 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

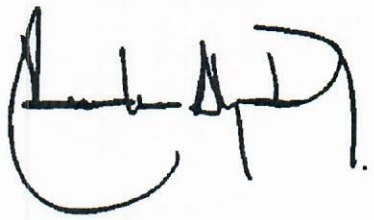
porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **DIANA MARIA MARTINEZ OCHOA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **53,028,440**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Diciembre de 2017.



Gerente de Clientes

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C 20 Dic 2017

Señores:

Colegio Bemposta Nodon de machacho, Centro de Capacitación Actualizado

Por medio de la presente, yo Diana Maria Martinez Ochoa, identificado con número de documento 53 028 440, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Cordialmente,

Nombre: Diana Maria Martinez Ochoa

No. Documento: 53'028 440

Teléfono: 302 4389352