



Confirmación de registro de la entidad

Id de página: 14001741 [Ayuda](#) ?

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones **DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO**,

DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO con el NIT 1012322417 creada

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

[Haga clic aquí para continuar >](#)



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.

SIDEAPO

Última Actualización: 27-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SOTO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) TINTINAGO	NOMBRES DIANA CAROLINA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1012322417	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 14 MES JUN AÑO 1986 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 101 56 F 28 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5235365 EMAIL carito3739@hotmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

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

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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
ES	2	X	ESPECIALISTA EN DESARROLLO HUMANO CON ENFASIS EN PROCESOS AFECTIVOS	12 2016	
UN	10	X	TRABAJADOR(A) SOCIAL	8 2012	206621001-I

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 27-dic-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	espaciopublico@subredcentrooriente.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3444484	DÍA 7 MES 6 AÑO 2018		DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
GERENTE DE BARRIOS	ESPACIO PUBLICO	DIAGONAL 34 5 43		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	espaciopublico@subredcentrooriente.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3444484	DÍA 5 MES 9 AÑO 2016		DÍA 6 MES 6 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
PROFESIONAL DE APOYO	ESPACIO PUBLICO	DIAGONAL 34 5 43		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UNIDAD DE SERVICIOS EN SALUD RAFAEL URIBE URIBE ESE		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gestion.local@eserafaeluribe.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
5966600	DÍA 10 MES 6 AÑO 2016		DÍA 30 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
REFERENTE POBLACIONAL	GESTIÓN DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS	CARRERA 12 D 26 A 62 SUR		



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: 27-dic-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE ESE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gestion.local@eserafaeluribe.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
5966600	DÍA 6 MES 2 AÑO 2014		DÍA 9 MES 6 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
REFERENTE ETNIAS	GESTIÓN DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS	CARRERA 12 D 26 A 62 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CENTRO NACIONAL DE CONSULTORIA		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	cnc@cnccl.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3394888	DÍA 8 MES 11 AÑO 2013		DÍA 28 MES 2 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
INVESTIGADORA JUNIOR	VICEPRESIDENCIA ADMINISTRATIVA Y	CALLE 34 5 27	

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	4	4
PRIVADO	0	3
PARTICULAR	0	0
TOTAL	4	8

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA CONVIERTEN EN VERDAD LA REALIDAD



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECÉPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 27-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá, 27 de diciembre de 2018

Diana Carolina Sobrinho Pinheiro

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

1. DECLARACION JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1012322417 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CARRERA 101 56 F 28 SUR

Teléfonos 3017195442 5235365

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA DELFA TINTINAGO PAZ	31832475	MADRE
ISABELLA PARRA SOTO	1011218436	HIJO(A)
HERNAN SOTO FUENTES	79234345	PADRE

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	\$ 35.400.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 35.400.000,00

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
BANCO CAJA SOCIAL	AHORROS	24042296483	0	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------



**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.

SIDEAPO
SISTEMA DE INFORMACIÓN AUTOMATIZADA DE EMPLEO Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Última Actualización: 27-dic-2018

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
CABILDO INDÍGENA YANA CONA	COMUNERA

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

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

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
JULIAN DAVID PARRA CORTES	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	80800528

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA

Diana Carolina Sotomayor
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 27-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



CONFIERE EL TÍTULO DE

Trabajadora Social

A

Diana Carolina Soto Tintinago

C.C. 1.012.322.417 de Bogotá D.C.

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO, Y PREVIO AL JURAMENTO DE RIGOR, OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá D.C., a los 23 días del mes de agosto de 2012


DECANATURA DE FACULTAD


RECTORÍA


SECRETARÍA GENERAL

REGISTRO No. 3286, Folio 20 del Libro de Diplomas No. 10
DE LA SEDE DE Bogotá FACULTAD DE Ciencias Humanas

0132544

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL Y EN SU NOMBRE



LA UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS

CONFIERE EL TÍTULO DE

**Especialista en Desarrollo Humano con énfasis en Procesos
Afectivos y Creatividad**

A

Diana Carolina Soto Tintinago

Con CC. No. 1.012.322.417 de Bogotá DC

QUIEN CUMPLIÓ CON LAS CONDICIONES ACADÉMICAS REQUERIDAS.
EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D. C. A LOS 2 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2016

Registro No. FCE 1908 Folio No. 150 Libro No. 23

No. 30184



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE

Ciencias Humanas

ACTA DE GRADO NÚMERO 14976

El consejo de Facultad en su sesión del día 14 de Junio de 2012 - Acta No. 15

CONSIDERANDO QUE

Diana Carolina Soto Tintinago

C.C. 1.012.322.417 de Bogotá D.C.

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Trabajadora Social

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 0132544 consignado en el Registro No. 3286, Folio 20 del Libro No. 10

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá D.C., a los 14 días del mes de junio de 2012


PRESIDENCIA
Consejo de Facultad


SECRETARIA
Consejo de Facultad



LA UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS

Con Personería Jurídica reconocida por el Ministerio de Justicia mediante resolución No. 139 de 1950
en cumplimiento del Decreto Presidencial 0844 de 1999 y la resolución 1017 de 1995 del ICJES

Acta de Grado No.

17951

REGISTRO DIPLOMA No. FCE 19088 LIBRO 23 FOLIO 150

LA SUSCRITA SECRETARIA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y EDUCACION DE LA UNIVERSIDAD
DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS
COMPULSA A CONTINUACIÓN EL ACTA DE GRADO DE

DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO

En Bogotá, a los 02 días del mes de DICIEMBRE del año 2016, se efectuó, en acto solemne, el grado de DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO identificada con la cédula de ciudadanía No. 1012322417 de BOGOTÁ D.C., quien culminó su Plan de Estudios de acuerdo a los reglamentos de la Universidad y presentó el Trabajo de Grado titulado "ESTUDIO DE CASO: REALIDADES DESDE LA INTERCULTURALIDAD FAMILIAR", del cual fue Director JOSE BENEDICTO NOVOA PATIÑO, con una calificación de 4.7.

Acto seguido el señor Rector a nombre y en representación de la Universidad Distrital tomó el juramento de rigor y le confirió el Título de ESPECIALISTA EN DESARROLLO HUMANO CON ENFASIS EN PROCESOS AFECTIVOS Y CREATIVIDAD y dispuso la entrega del Acta del presente Grado y del Diploma que acredita el correspondiente título universitario.

(Fdo.) CARLOS JAVIER MOSQUERA SUÁREZ, Rector. IRMA ARIZA PEÑA, Secretaria Académica de la FACULTAD DE CIENCIAS Y EDUCACION.

Es fiel copia tomada de su original, que se expide a los 02 días del mes de DICIEMBRE del año 2016.


IRMA ARIZA PEÑA
SECRETARIA ACADÉMICA

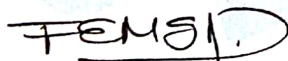
La Unidad de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe

Reconoce que:

DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO

c.c. 1.012.322.417

*Cursó y aprobó la formación y apropiación conceptual en AIEPI
Comunitario con una intensidad de 40 horas teóricas y 1 hora
práctica.*



FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO

SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD



SANDRA GUERRERO PALACIO

COORDINADORA SALUD PÚBLICA

Bogotá, Junio de 2016



REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que
DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO
Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1012322417

Cursó y aprobó la acción de Formación
TÉCNICAS PARA LA DIGITACIÓN DE TEXTOS
Con una duración de 50 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Dos quebradas a los Seis (06) días del mes de Noviembre de Dos Mil Doce (2012)

ANDRES AURELIO ALARCON TIQUE
SUBDIRECTOR CENTRO DE DISEÑO E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA INDUSTRIAL
REGIONAL RISARALDA



SGCV20124791834 06/11/2012
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



REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que
DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO
Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1012322417

Cursó y aprobó la acción de Formación
FORMULACIÓN DE PROYECTOS
Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Cartago a los Dieciséis (16) días del mes de Noviembre de Dos Mil Doce (2012)

GERARDO ABIGUSTO CASTRO MUÑOZ
SUBDIRECTOR CENTRO DE TECNOLOGÍAS AGROINDUSTRIALES
REGIONAL VALLE



SGCV20124834046 16/11/2012
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



**UNIVERSIDAD
MANUELA BELTRAN**

**MISIÓN ESPECIAL DE PALESTINA
EN COLOMBIA**



Certifican que

Diana Soto

C.C 1012322417

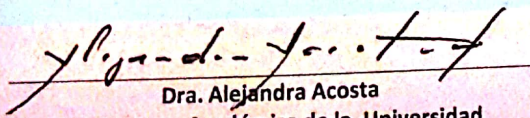
Asistió al curso

PALESTINA HOY: IMPLICACIONES DE UN OLVIDO

Intensidad horaria 44 horas

En testimonio de lo mencionado se firma y sella por las autoridades respectivas

Bogotá, Febrero 24 de 2010



Dra. Alejandra Acosta

**Vice Rectora Académica de la Universidad
Manuela Beltrán**



S.E. Imad Nabil-Jada'a
Embajador de Palestina en Colombia

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

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

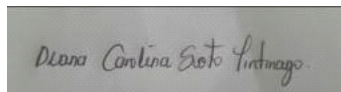
De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre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

TRABAJADORA SOCIAL
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

25/03/2018

X



Firma

Firmado por: Diana Carolina Soto Tintinago

No. de documento: 101232217

Tarjeta profesional No: 206621001-I

Dirección de contacto: Carrera 101 # 56f 28 Sur

Teléfono: 3017195442/575895

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

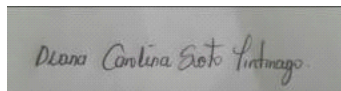
Yo, DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que “todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar” y de acuerdo con lo establecido por el literal c 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:

ESPECIALISTA EN DESARROLLO HUMANO CON ENFASIS EN PROCESOS AFECTIVOS Y
CREATIVIDAD
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

X



Firma

Firmado por: Diana Carolina Soto Tintinago

No. de documento: 101232217

Tarjeta profesional No: 206621001-I

Dirección de contacto: Carrera 101 # 56f 28 Sur

Teléfono: 3017195442/575895



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 reposa en la oficina de contratación - OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO** identificada con CC. N° 1.012.322.417, presta sus servicios en El Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

N° Contrato	Fecha inicio	Fecha Terminación	Valor Contrato
02-PS-1402-2016	05/09/2016	31/03/2017	\$ 17.166.666
PS-3981-2017	17/04/2017	30/08/2017	\$ 13.846.667

Contrato 02-PS-1402-2016

OBJETO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL ESPACIO PUBLICO, 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 corresponden 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-3981-2017

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

Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponden 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 a solicitud del interesado en Bogotá D.C el día 31 de mayo de 2017

Diagonal 34 No 5-43

Teléfono: 3444184
Info: línea 3649666

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL Y SUPERVISIÓN DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E HOY UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD RAFAEL URIBE URIBE E.S.E DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. SEGÚN ACUERDO 841 DE 2016 CON BASE EN LA REVISIÓN DEL EXPEDIENTE Y LA DOCUMENTACIÓN FÍSICA

HACE CONSTAR:

Que el HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO con NIT 830 077 630, ubicado en la carrera 12D No. 26 A-62 sur y No. de Tel. 5966600, hoy inscrito en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. suscribió en su momento el contrato con DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO, con C.C. No. 1.312.322.417, con cumplimiento con el objeto del mismo y que a continuación se relaciona:

Nº CONTRATO			FECHA DE TERMINACIÓN
48	2014	06 de Febrero de 2014	02 de Febrero de 2015
355	2015	03 de Febrero de 2015	31 de Enero de 2016
377	2016	11 de Febrero de 2016	29 de Febrero de 2016
1298	2016	01 de Marzo de 2016	31 de Julio de 2016

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL II DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PÚBLICA COMPONENTE GESTIÓN PROGRAMAS E INTERSECTORIAL DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE

OLBIGACIONES ESPECÍFICAS:

- 1.-Realizar las actividades relacionadas en los lineamientos establecidos por la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud, las cuales tienen que ver con el posicionamiento de Gestión de Programas en Salud Pública e intersectorialidad en la política pública conforme a los lineamientos establecidos por la Dirección de Salud Pública de la Secretaría de Salud.
- 2.-Participar en espacios de gestión y coordinación de la política pública y sus componentes.
- 3.-Articulación permanente en los diferentes procesos misionales y de apoyo del Hospital.
- 4.-Participar en los diferentes espacios locales y al interior de la ESE para posicionar las políticas públicas y programas de salud en los escenarios donde se construyan las agendas públicas.
- 5.-Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones.
- 6.-Notificar todos los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones, especialmente en lo relacionado con en la política pública.
- 7.-Responder oportunamente por la información requerida por la coordinación del PIC.
- 8.-Participar en las actividades de planificación y gestión del programa e intersectorialidad en la política pública conforme los requerimientos del equipo de coordinación Gestión Programas e Intersectorialidad.
- 9.-Las demás que en razón de sus responsabilidades sean necesarias por parte de la Secretaría Distrital de Salud.
- 10.- Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones contenidas en la cláusula OCTAVA de la presente orden de prestación de servicios, si a ello hubiera lugar. EL CONTRATISTA autoriza con la firma del presente contrato el descuento de los valores que se generen por glosas definitivas no subsanables aplicadas en contra de la E.S.E y con ocasión del desarrollo de sus actividades. PARAGRAFO

Cra. 12D N° 26 A 62 Sur
Pbx. 596 6600
www.eserafaeluribe.gov.co

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



1°. Para efectos de responder por los valores señalados en la presente cláusula, el CONTRATISTA autoriza que durante la vigencia del presente contrato se efectúe una reserva hasta de 10% del valor total del contrato incluidas las adiciones, la cual se amortizará mensualmente a lo largo de los meses de duración tenga la OPS.

11.- Informar por escrito con una antelación no inferior a Ocho (8) días hábiles al Supervisor del Contrato, la solicitud de suspensión o terminación del contrato.

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: \$ 42.718.334,00
\$ 4.400.593,00
\$ 2.370.013,00
\$ 19.977.340,00

Se expide la presente certificación a solicitud de contrato **DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO**, en Bogotá D.C. a los Dos (11) días, del mes Agosto de 2016.

Para mayor información favor comunicarse al 5966600 Ext. 1021 o dirigirse a la carrera 120 No. 26 A -52 sur, oficina de OPS.

Cordialmente,

MAGSAL MAGAL Y NEIRA GONZALEZ
Profesional Universitario I OPS

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

Revisó: Magsal Magal y Neira González - Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe

Evaluó: Claudia Jiménez - Auxiliar Administrativo II - Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe

Cra 120 N° 26 A 52 Sur
Pbx 596 6600

www.univalue.edu.co

Scanned by CamScanner

**BOGOTÁ
MEJOR**



Centro Nacional de Consultoría.com

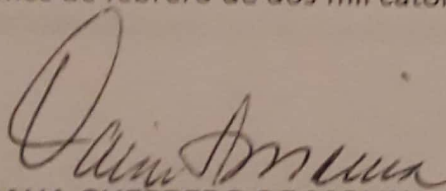
● Calle 54 N° 5-27
Tel. +571 590 88 88
Fax. +571 591 26 70
Nº 895 511 501-6
Email: cnc@cncc.com
Bogotá - Colombia

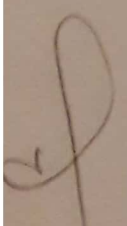
**LA SUSCRITA VICEPRESIDENTE ADMINISTRATIVA Y DE CALIDAD DEL
CENTRO NACIONAL DE CONSULTORÍA S.A.**

Hace constar:

Que la señora **DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO**, identificada con cédula de ciudadanía número 1.012.322.417, en virtud de un contrato de naturaleza civil de prestación de servicios, participó como Investigador Cualitativo Junior, durante la ejecución del proyecto "EVALUACIÓN POST CULMINACION DE LOS PROGRAMAS ADAM-MIDAS DE USAIDD" en el período comprendido de noviembre 8 de 2013 a febrero 28 de 2014 con una dedicación total de 15 días dentro del período descrito. La actividad desplegada por la señora Soto Tintinago fue ejecutada con plena autonomía técnica y administrativa, sin estar sujeta al cumplimiento de horarios o condiciones de tiempo, modo o lugar. Los honorarios pactados fueron cancelados a su entera satisfacción.

La presente constancia se expide en la ciudad de Bogotá a los doce (12) días del mes de febrero de dos mil catorce (2014), a solicitud de la interesada.


DALIA GUERRERO DE MOLINA


V^a Claudia Patricia Vélez V.
Recursos Humanos

N° 140091



GESAMCOL

Nit: 900226964-0

GESTIÓN SOCIOAMBIENTAL DE COLOMBIA SAS - GESAMCOL

CERTIFICA

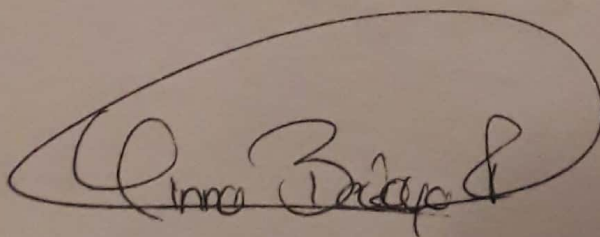
Que celebró contrato de prestación de servicios con la señorita Diana Carolina Soto identificada con cédula de ciudadanía No. 1.012.322.417 de Bogotá. Que el objeto del contrato fue prestar de manera completamente autónoma e independiente servicios como Trabajadora Social para el siguiente proyecto

- IDU 070-2012: COMPLEMENTACIÓN DE LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS, MANTENIMIENTO, REHABILITACIÓN Y/O RECONSTRUCCIÓN DE LA CALLE 169B EN EL SECTOR COMPRENDIDO ENTRE EL CANAL DE CORDOBA Y LA AVENIDA BOYACA, EN BOGOTÁ D.C.

Fecha de iniciación: 1 de septiembre de 2013

Fecha de terminación: 30 de septiembre de 2013

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada, dada en Bogotá D.C. a los diecinueve días del mes de noviembre de 2013.



YINNA ANDREA BEDOYA ROMERO

Gerente

GESAMCOL

Gestión Socioambiental de Colombia S.A.S.
NIT 900 226 964 - 0

C.c. Archivo

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.012.322.417

SOTO DORTINAGO

APellidos

DIANA CAROLINA

Nombres

Diana Carolina Soto

Firma



INDICE DERECHO

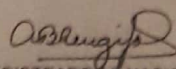
FECHA DE NACIMIENTO 14-JUN-1986
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

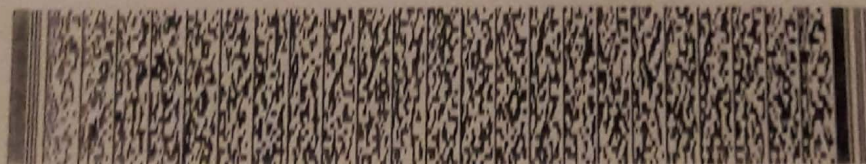
1.56
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

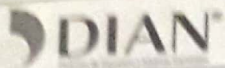
12-JUL-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADORA NACIONAL
ALMAZATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-1500107-42130595-F-1012322417-20040930

06887 04274A 02 168713521



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

ANUISCAR
Módulo Único de Registro, Servicio y Cobro Automatizado

001

3. Condición: ☒ 1 Actualización
Expiró inscripción por la DIAN

4. Número de formulario

14463587803



441517707212463587803

5. Número de identificación tributaria (NIT):
1 0 1 2 3 2 2 4 1 7

6. DV: 4

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

1. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión líquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 1 2 3 2 2 4 1 7

27. Fecha expedición

2 0 0 4 0 7 1 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

SOTO

32. Segundo apellido

TINTINAGO

33. Primer nombre

DIANA

34. Otros nombres

CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACION

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 101 56 F 28 SUR BRR EL RECUERDO

42. Correo electrónico

anto3739@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 1 7 1 9 5 4 4 2

45. Teléfono 2:

3 1 0 2 5 4 1 8 7 3

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

Ocupación

52. Número
establecimientos

46. Código

7 2 2 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 8 0 3 2 5

48. Código

8 6 9 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 8 0 3 2 5

50. Código

1 2

51. Código

1 2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

2 0

50. Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios

0

61. Fecha

2 0 1 8 0 3 2 6

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscriba y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice
Firma autorizada:

984 Nombre SOTO TINTINAGO DIANA CAROLINA

985 Cargo CONTRIBUYENTE



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

Fecha: 26-03-2018
Hora: 8:01:07 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1012322417-4 DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO

Información General

Dirección KR 101 56 F 28 SUR

Teléfonos 5758955/3102541873

Dirección electrónica carito3739@hotmail.com

Fax 3017195442

Información de Registro

Fecha Inscripción 29/01/2014

Soporte Inscripción 15993517

Fecha Inicio Actividades 01/09/2013

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 72202-INVESTIGACIONES Y DESARROLLO EXPERIMENTAL EN EL CAMPO DE LAS CIENCIAS SOCIALES Y LAS HUMANIDADES EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 2: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 118002814358



Consejo Nacional de Trabajo Social

Law 53 of 1977 Decree Reglamentario No. 2823 of 1981



TRABAJADOR (A) SOCIAL

Código: 206621001-1

Registro: 1.012.322.417

Nombres: Diana Carolina

Apellidos: Soto Tintinago

Inscripción: 12 de septiembre 2012

Vigencia: 12 de septiembre 2022

Certificado de Vacunación

Institución:

Nombre: Diana Carolina Soto Tintinago

Identificación: 1012322417 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Hep B	1	12 DIC 2017	1434025	Orville
	2	8 ENE 2018	1434026	Viviana Castiblanco

Scanned by CamScanner

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1012322417
Nombres y Apellidos	DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO		
Fecha de nacimiento:	14/06/1986		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	09/01/2016	Fiebre Amarilla	L5190	UBA SANIDAD PORTUARIA TERMINAL TERRESTRE
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Refuerzo	27/03/2018	Hepavax Gene	1434033.01	IPS VACUNAR COLOMBIA
Influenza	Única	25/05/2018	GC FLU	V50218006	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE - RAFAEL URIBE URIBE
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				
Td	Primera dosis	12/12/2011	Toxoide Tetánico y diftérico		CLINICA COLSANITAS CLINISANITAS LA SOLEDAD
	Segunda dosis	17/01/2012	Toxoide Tetánico y diftérico		CLINICA COLSANITAS CLINISANITAS LA SOLEDAD

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1012322417
Nombres y Apellidos	DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO		
Fecha de nacimiento:	14/06/1986		

Td	Tercera dosis	16/02/2014	Toxoide Tetánico y diftérico	024L1015C	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE - RAFAEL URIBE URIBE
	Cuarta dosis	23/09/2015	Toxoide Tetánico y diftérico	D2221	HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL ESE- CSDH SANTA FE
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				

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR
PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ FECHA 12/09/2016 08:55:21
NOMBRE Y APELLIDO: DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO PERIÓDICO ☐
EDAD 30 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR TRABAJADOR SOCIAL C.C 1012322417



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

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

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

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

OBSERVACIONES
CONTROL POR NUTRICION EPS
PAUSAS ACTIVAS

EXÁMEN PERIÓDICO

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

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Diana Carolina Soto Tintinago

FIRMA DEL PACIENTE



[Signature]

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

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784703

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud		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-PI-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	2018-12-26	CIUDAD:	BOGOTÁ	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ
Destinatario Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitiremos adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PÚBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
SOTO	TINTINAGO		DIANA	CAROLINA	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		No IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		1012322417	BOGOTÁ	2004-07-12	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐			
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:	
1986-06-14	BOGOTÁ		COLOMBIA	COLOMBIANA	
ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ VIV. LIBRE ☒			1	1	3017195442
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA					PROFESIÓN / OFICIO
MAG. ☐ POSGRAD. ☒ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐					TRABAJADORA SOCIAL
TECNOLOGO ☐ OTRO ☐					CUAL: <input type="text"/>
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CARRERA 101 56 F 28 SUR		BOGOTÁ	BOGOTÁ	COLOMBIANA	5758955
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
carito3739@hotmail.com				PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒	
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
PARRA	CORTES		JULIAN	DAVID	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NUMERO IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		80800528	BOGOTÁ	2002-09-23	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: <input type="text"/>		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐		NACIONALIDAD: COLOMBIANO	
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: <input type="text"/>	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PÚBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA ☐			
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐ NO ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
			ICA	SI ☒ NO ☐	7220
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
				AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE ESE	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐		SERVICIOS ☒	OTRO ☐
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TELECOMUNICACIONES ☐
OTRA ☐	CUAL ☒				
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
DIAGONAL 34 5 43		3444484		BOGOTÁ	BOGOTÁ
CARGO ACTUAL		GERENTE DE BARRIOS		FECHA VINCULACION	2018-07-04

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	\$ 600.000	AHORROS	\$ 0	SALDO HIPOTECA	\$ 0
HONORARIOS	\$ 3.600.000	ARRIENDOS	\$ 350.000	INVERSIONES	\$ 0	TARJETAS DE CREDITO	\$ 0
ARRIENDOS	\$ 0	CUOTA VEHICULO	\$ 610.000	VEHICULOS	\$ 23.000.000	DEUDA VEHICULOS	\$ 15.000.000
COMISIONES	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 0	PROPIEDADES	\$ 0	DEUDAS TERCEROS	\$ 0
OTROS INGRESOS*	\$ 0	OTROS EGRESOS*	\$ 0	OTROS ACTIVOS*	\$ 0	OTROS PASIVOS*	\$ 0
TOTAL INGRESOS	\$ 3.600.000	TOTAL EGRESOS	\$ 1.560.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 23.000.000	TOTAL PASIVOS	\$ 15.000.000

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GINNA	VALERIA	ARDILA	LÓPEZ
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CALLE 26 SUR 78 H 30	BOGOTÁ/COLOMBIA	COMPAÑERA DE TRABAJO	3043288119

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
BANCO CAJA SOCIAL	CUENTA DE AHORROS	24042296483	FONTIBON	3077060

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRO ☐

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 aqui 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 entregare a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

TRABAJADORA SOCIAL

- 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)
- 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.
- Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
- Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
- Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
- Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los 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 Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

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

Declaro expresamente:

- A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
 - B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. **FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
 2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.
3. **USUARIOS DE LA INFORMACION:** Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y el control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
 4. **TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES:** Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
 5. **DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas obligaciones a responderlas.
 6. **DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

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 NATURALCÓDIGO: ET-CA-ET-011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIONES: 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, teléfono 344 44 84, e-mail: varlafr@subredcentroorientegov.co); y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y 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.subredcentroorientegov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Diavari Carabaza Soto Intmayo

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Bogotá, Diciembre 26 de 2018

Señora:
SOTO TINTINAGO DIANA CAROLINA
CC. 1012322417
CL 20 B N 111 A 31 - 5758955
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Noviembre 8 de 2012. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
PARRA SOTO ISABELLA	1011218136	R	Oct-9-2012	0	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Oct-9-2012	Anulación por TDA negados	Ninguna
PARRA SOTO ISABELLA	1011218436	R	Nov-8-2012	55	23	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
SOTO TINTINAGO DIANA CAROLINA	1012322417	C	Nov-8-2012	55	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
PARRA CORTES JULIAN DAVID	80800528	C	Jul-29-2003	391	0	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO	1012322417	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO	1012322417	Trabajador Independiente	CERRADO
DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO	1012322417	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1012322417**, se encuentra afiliado (a) desde **01/06/2018** 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	01/06/2018	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 26 de diciembre de 2018.



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.

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1012322417

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

DIANA

Primer Nombre

CAROLINA

Segundo Nombre

SOTO

Primer Apellido

TINTINAELO

Segundo Apellido

14/06/1986

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTÁ

Ciudad de Nacimiento

Kra 101 N° 56 F 28 Sur

Dirección de Residencia

5235365

Teléfono Fijo

SALUD TOTAL

EPS - Salud

COLPENSIONES

AFP - Pensiones

\$ 3'000.000 =

Honorarios

TRABAJADORA SOCIAL

Objeto Contractual (Cargo)

04/07/2018

Fecha Inicio del Contrato

carib3739@hotmail.com

Correo Electrónico

3017195442

Celular

Diana Carolina Soto Tintinaelo

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119656241



WEB

13:59:16

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 26 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1012322417:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 26 de diciembre de 2018, a las 14:01:03, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1012322417
Código de Verificación	1012322417181226140103

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





Bogotá D.C., 26 de Diciembre de 2018 - 14:02 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 SOTO TINTINAGO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL DOCE MILLONES TRESCIENTOS VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS DIECISIETE** de BOGOTÁ, D.C.

1012322417

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_APH49_0214**

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 14:06:22 horas del 26/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1012322417**

Apellidos y Nombres: **SOTO TINTINAGO 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.



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



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación

Todos los derechos reservados.



Gobierno en
Línea



HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO

Identificado con

CC1012322417

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0637 PARQUE FONTIBON, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número : 24042296483

Fecha de Apertura : 30 de enero de 2014

Condiciones de Manejo : Individual, 1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector

Estado : CUENTA ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a: A QUIEN INTERESE

Realizada en la oficina 0444 BOSA PORVENIR de la ciudad de BOGOTA, el día sábado, 7 de abril de 2018.

Cordialmente,

Efectuado por:

R2C1P4A4 - RICARDO CANO PARDO



FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS



Confirmación de registro de la entidad

Id de página: 14001741 [Ayuda](#) ?

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones **DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO**,

DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO con el NIT 1012322417 creada

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

[Haga clic aquí para continuar >](#)



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.

SIDEAPO

Última Actualización: 27-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SOTO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) TINTINAGO	NOMBRES DIANA CAROLINA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1012322417	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 14 MES JUN AÑO 1986 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 101 56 F 28 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5235365 EMAIL carito3739@hotmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

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

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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
ES	2	X	ESPECIALISTA EN DESARROLLO HUMANO CON ENFASIS EN PROCESOS AFECTIVOS	12 2016	
UN	10	X	TRABAJADOR(A) SOCIAL	8 2012	206621001-I

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DIFERENCIAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 27-dic-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	espaciopublico@subredcentrooriente.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3444484	DÍA 7 MES 6 AÑO 2018		DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
GERENTE DE BARRIOS	ESPACIO PUBLICO	DIAGONAL 34 5 43		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	espaciopublico@subredcentrooriente.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3444484	DÍA 5 MES 9 AÑO 2016		DÍA 6 MES 6 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
PROFESIONAL DE APOYO	ESPACIO PUBLICO	DIAGONAL 34 5 43		

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
UNIDAD DE SERVICIOS EN SALUD RAFAEL URIBE URIBE ESE		X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gestion.local@eserafaeluribe.gov.co		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
5966600	DÍA 10 MES 6 AÑO 2016		DÍA 30 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
REFERENTE POBLACIONAL	GESTIÓN DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS	CARRERA 12 D 26 A 62 SUR		



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 INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 27-dic-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE ESE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gestion.local@eserafaeluribe.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
5966600	DÍA 6 MES 2 AÑO 2014		DÍA 9 MES 6 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
REFERENTE ETNIAS	GESTIÓN DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS	CARRERA 12 D 26 A 62 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CENTRO NACIONAL DE CONSULTORIA		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	cnc@cnccl.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3394888	DÍA 8 MES 11 AÑO 2013		DÍA 28 MES 2 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
INVESTIGADORA JUNIOR	VICEPRESIDENCIA ADMINISTRATIVA Y	CALLE 34 5 27	

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	4	4
PRIVADO	0	3
PARTICULAR	0	0
TOTAL	4	8

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA CONVIERTEN EN VERDAD LA REALIDAD



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECÉPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 27-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá, 27 de diciembre de 2018

Diana Carolina Sobrinho

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

1. DECLARACION JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1012322417 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CARRERA 101 56 F 28 SUR

Teléfonos 3017195442 5235365

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA DELFA TINTINAGO PAZ	31832475	MADRE
ISABELLA PARRA SOTO	1011218436	HIJO(A)
HERNAN SOTO FUENTES	79234345	PADRE

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	\$ 35.400.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 35.400.000,00

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
BANCO CAJA SOCIAL	AHORROS	24042296483	0	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------



**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.



Última Actualización: 27-dic-2018

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
CABILDO INDÍGENA YANA CONA	COMUNERA

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

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

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
JULIAN DAVID PARRA CORTES	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	80800528

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 Carolina Sotomayor
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 27-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



CONFIERE EL TÍTULO DE

Trabajadora Social

A

Diana Carolina Soto Tintinago

C.C. 1.012.322.417 de Bogotá D.C.

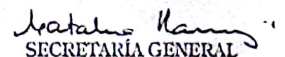
QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO, Y PREVIO AL JURAMENTO DE RIGOR, OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá D.C., a los 23 días del mes de agosto de 2012


DECANATURA DE FACULTAD


RECTORÍA


SECRETARÍA GENERAL

REGISTRO No. 3286, Folio 20 del Libro de Diplomas No. 10
DE LA SEDE DE Bogotá FACULTAD DE Ciencias Humanas

0132544

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL Y EN SU NOMBRE



LA UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS

CONFIERE EL TÍTULO DE

**Especialista en Desarrollo Humano con énfasis en Procesos
Afectivos y Creatividad**

A

Diana Carolina Soto Tintinago

Con CC. No. 1.012.322.417 de Bogotá DC

QUIEN CUMPLIÓ CON LAS CONDICIONES ACADÉMICAS REQUERIDAS.
EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D. C. A LOS 2 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2016

Registro No. FCE 1908 Folio No. 150 Libro No. 23

No. 30184



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE

Ciencias Humanas

ACTA DE GRADO NÚMERO 14976

El consejo de Facultad en su sesión del día 14 de Junio de 2012 - Acta No. 15

CONSIDERANDO QUE

Diana Carolina Soto Tintinago

C.C. 1.012.322.417 de Bogotá D.C.

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Trabajadora Social

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 0132544 consignado en el Registro No. 3286, Folio 20 del Libro No. 10

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá D.C., a los 14 días del mes de junio de 2012


PRESIDENCIA
Consejo de Facultad


SECRETARIA
Consejo de Facultad



LA UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS

Con Personería Jurídica reconocida por el Ministerio de Justicia mediante resolución No. 139 de 1950
en cumplimiento del Decreto Presidencial 0844 de 1999 y la resolución 1017 de 1995 del ICJES

Acta de Grado No.

17951

REGISTRO DIPLOMA No. FCE 19088 LIBRO 23 FOLIO 150

LA SUSCRITA SECRETARIA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y EDUCACION DE LA UNIVERSIDAD
DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS
COMPULSA A CONTINUACIÓN EL ACTA DE GRADO DE

DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO

En Bogotá, a los 02 días del mes de DICIEMBRE del año 2016, se efectuó, en acto solemne, el grado de DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO identificada con la cédula de ciudadanía No. 1012322417 de BOGOTÁ D.C., quien culminó su Plan de Estudios de acuerdo a los reglamentos de la Universidad y presentó el Trabajo de Grado titulado "ESTUDIO DE CASO: REALIDADES DESDE LA INTERCULTURALIDAD FAMILIAR", del cual fue Director JOSE BENEDICTO NOVOA PATIÑO, con una calificación de 4.7.

Acto seguido el señor Rector a nombre y en representación de la Universidad Distrital tomó el juramento de rigor y le confirió el Título de ESPECIALISTA EN DESARROLLO HUMANO CON ENFASIS EN PROCESOS AFECTIVOS Y CREATIVIDAD y dispuso la entrega del Acta del presente Grado y del Diploma que acredita el correspondiente título universitario.

(Fdo.) CARLOS JAVIER MOSQUERA SUÁREZ, Rector. IRMA ARIZA PEÑA, Secretaria Académica de la FACULTAD DE CIENCIAS Y EDUCACION.

Es fiel copia tomada de su original, que se expide a los 02 días del mes de DICIEMBRE del año 2016.


IRMA ARIZA PEÑA
SECRETARIA ACADÉMICA

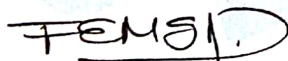
La Unidad de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe

Reconoce que:

DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO

c.c. 1.012.322.417

*Cursó y aprobó la formación y apropiación conceptual en AIEPI
Comunitario con una intensidad de 40 horas teóricas y 1 hora
práctica.*



FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO

SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD



SANDRA GUERRERO PALACIO

COORDINADORA SALUD PÚBLICA

Bogotá, Junio de 2016



REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que
DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO
Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1012322417

Cursó y aprobó la acción de Formación
TÉCNICAS PARA LA DIGITACIÓN DE TEXTOS
Con una duración de 50 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Dos quebradas a los Seis (06) días del mes de Noviembre de Dos Mil Doce (2012)

ANDRES AURELIO ALARCON TIQUE
SUBDIRECTOR CENTRO DE DISEÑO E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA INDUSTRIAL
REGIONAL RISARALDA



SGCV20124791834 06/11/2012
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



REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que
DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO
Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1012322417

Cursó y aprobó la acción de Formación
FORMULACIÓN DE PROYECTOS
Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Cartago a los Dieciséis (16) días del mes de Noviembre de Dos Mil Doce (2012)

GERARDO ABIGUSTO-CASTRO MUÑOZ
SUBDIRECTOR CENTRO DE TECNOLOGÍAS AGROINDUSTRIALES
REGIONAL VALLE



SGCV20124834046 16/11/2012
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



**UNIVERSIDAD
MANUELA BELTRAN**

**MISIÓN ESPECIAL DE PALESTINA
EN COLOMBIA**



Certifican que

Diana Soto

C.C 1012322417

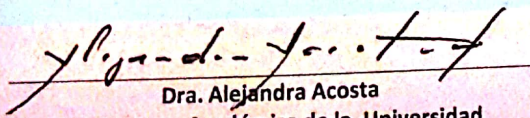
Asistió al curso

PALESTINA HOY: IMPLICACIONES DE UN OLVIDO

Intensidad horaria 44 horas

En testimonio de lo mencionado se firma y sella por las autoridades respectivas

Bogotá, Febrero 24 de 2010



Dra. Alejandra Acosta

Vice Rectora Académica de la Universidad
Manuela Beltrán



S.E. Imad Nabil-Jada'a
Embajador de Palestina en Colombia

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

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

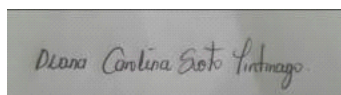
De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre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

TRABAJADORA SOCIAL
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

25/03/2018

X



Firma

Firmado por: Diana Carolina Soto Tintinago

No. de documento: 101232217

Tarjeta profesional No: 206621001-I

Dirección de contacto: Carrera 101 # 56f 28 Sur

Teléfono: 3017195442/575895

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

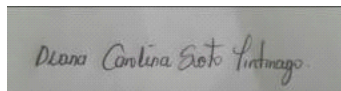
Yo, DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que “todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar” y de acuerdo con lo establecido por el literal c 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:

ESPECIALISTA EN DESARROLLO HUMANO CON ENFASIS EN PROCESOS AFECTIVOS Y
CREATIVIDAD
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

X



Firma

Firmado por: Diana Carolina Soto Tintinago

No. de documento: 101232217

Tarjeta profesional No: 206621001-I

Dirección de contacto: Carrera 101 # 56f 28 Sur

Teléfono: 3017195442/575895



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 reposa en la oficina de contratación - OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO** identificada con CC. N° 1.012.322.417, presta sus servicios en El Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

N° Contrato	Fecha inicio	Fecha Terminación	Valor Contrato
02-PS-1402-2016	05/09/2016	31/03/2017	\$ 17.166.666
PS-3981-2017	17/04/2017	30/08/2017	\$ 13.846.667

Contrato 02-PS-1402-2016

OBJETO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL ESPACIO PUBLICO, 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 corresponden 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-3981-2017

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

Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponden 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 a solicitud del interesado en Bogotá D.C el día 31 de mayo de 2017

Diagonal 34 No 5-43

GOBIERNO DE BOGOTÁ

Teléfono: 3444184

Info: línea 3649666

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



EL SUSCRITO PROFESIONAL UNIVERSITARIO DEL PROCESO DE GESTIÓN CONTRACTUAL Y SUPERVISIÓN DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E HOY UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD RAFAEL URIBE URIBE E.S.E DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. SEGÚN ACUERDO 841 DE 2016 CON BASE EN LA REVISIÓN DEL EXPEDIENTE Y LA DOCUMENTACIÓN FÍSICA

HACE CONSTAR:

Que el HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO con NIT 830 077 630, ubicado en la carrera 12D No. 26 A-62 sur y No. de Tel. 5966600, hoy inscrito en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. suscribió en su momento el contrato con DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO, con C.C. No. 1.312.322.417, con cumplimiento con el objeto del mismo y que a continuación se relaciona:

Nº CONTRATO			FECHA DE TERMINACIÓN
48	2014	06 de Febrero de 2014	02 de Febrero de 2015
355	2015	03 de Febrero de 2015	31 de Enero de 2016
377	2016	11 de Febrero de 2016	29 de Febrero de 2016
1298	2016	01 de Marzo de 2016	31 de Julio de 2016

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL II DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PÚBLICA COMPONENTE GESTIÓN PROGRAMAS E INTERSECTORIAL DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE

OLBIGACIONES ESPECÍFICAS:

- 1.-Realizar las actividades relacionadas en los lineamientos establecidos por la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud, las cuales tienen que ver con el posicionamiento de Gestión de Programas en Salud Pública e intersectorialidad en la política pública conforme a los lineamientos establecidos por la Dirección de Salud Pública de la Secretaría de Salud.
- 2.-Participar en espacios de gestión y coordinación de la política pública y sus componentes.
- 3.-Articulación permanente en los diferentes procesos misionales y de apoyo del Hospital.
- 4.-Participar en los diferentes espacios locales y al interior de la ESE para posicionar las políticas públicas y programas de salud en los escenarios donde se construyan las agendas públicas.
- 5.-Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones.
- 6.-Notificar todos los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones, especialmente en lo relacionado con en la política pública.
- 7.-Responder oportunamente por la información requerida por la coordinación del PIC.
- 8.-Participar en las actividades de planificación y gestión del programa e intersectorialidad en la política pública conforme los requerimientos del equipo de coordinación Gestión Programas e Intersectorialidad.
- 9.-Las demás que en razón de sus responsabilidades sean necesarias por parte de la Secretaría Distrital de Salud.
- 10.- Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones contenidas en la cláusula OCTAVA de la presente orden de prestación de servicios, si a ello hubiera lugar. EL CONTRATISTA autoriza con la firma del presente contrato el descuento de los valores que se generen por glosas definitivas no subsanables aplicadas en contra de la E.S.E y con ocasión del desarrollo de sus actividades. PARAGRAFO

Cra. 12D N° 26 A 62 Sur
Pbx. 596 6600
www.eserafaeluribe.gov.co

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



1°. Para efectos de responder por los valores señalados en la presente cláusula, el CONTRATISTA autoriza que durante la vigencia del presente contrato se efectúe una reserva hasta de 10% del valor total del contrato incluidas las adiciones, la cual se amortizará mensualmente a lo largo de los meses de duración tenga la OPS.

11.- Informar por escrito con una antelación no inferior a Ocho (8) días hábiles al Supervisor del Contrato, la solicitud de suspensión o terminación del contrato.

VALOR TOTAL DEL CONTRATO: \$ 42.718.334,00
\$ 4.400.593,00
\$ 2.370.013,00
\$ 19.977.340,00

Se expide la presente certificación a solicitud de contrato **DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO**, en Bogotá D.C. a los Dos (11) días, del mes Agosto de 2016.

Para mayor información favor comunicarse al 5966600 Ext. 1021 o dirigirse a la carrera 120 No. 26 A -62 sur, oficina de OPS.

Cordialmente,

MAGSAL MAGAL Y NEIRA GONZALEZ
Profesional Universitario I OPS

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

Revisó: Magsal Magal Neira González - Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe

Evaluó: Claudia Jiménez - Auxiliar Administrativo II - Unidad de Prestación de Servicios de Salud Rafael Uribe Uribe

Cra 120 N° 26 A 62 Sur
Pbx 596 6600

www.arsafaeluribe.gov.co

Scanned by CamScanner

**BOGOTÁ
MEJOR**



Centro Nacional de Consultoría.com

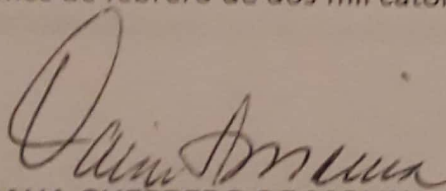
● Calle 54 N° 5-27
Tel. +571 590 88 88
Fax. +571 591 26 70
Nº 8955115-6
Email: cnc@cncc.com
Bogotá - Colombia

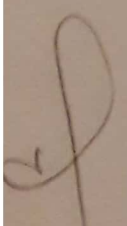
**LA SUSCRITA VICEPRESIDENTE ADMINISTRATIVA Y DE CALIDAD DEL
CENTRO NACIONAL DE CONSULTORÍA S.A.**

Hace constar:

Que la señora **DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO**, identificada con cédula de ciudadanía número 1.012.322.417, en virtud de un contrato de naturaleza civil de prestación de servicios, participó como Investigador Cualitativo Junior, durante la ejecución del proyecto "EVALUACIÓN POST CULMINACION DE LOS PROGRAMAS ADAM-MIDAS DE USAIDD" en el período comprendido de noviembre 8 de 2013 a febrero 28 de 2014 con una dedicación total de 15 días dentro del período descrito. La actividad desplegada por la señora Soto Tintinago fue ejecutada con plena autonomía técnica y administrativa, sin estar sujeta al cumplimiento de horarios o condiciones de tiempo, modo o lugar. Los honorarios pactados fueron cancelados a su entera satisfacción.

La presente constancia se expide en la ciudad de Bogotá a los doce (12) días del mes de febrero de dos mil catorce (2014), a solicitud de la interesada.


DALIA GUERRERO DE MOLINA


V^a Claudia Patricia Vélez V.
Recursos Humanos

N° 140091



GESAMCOL

Nit: 900226964-0

GESTIÓN SOCIOAMBIENTAL DE COLOMBIA SAS - GESAMCOL

CERTIFICA

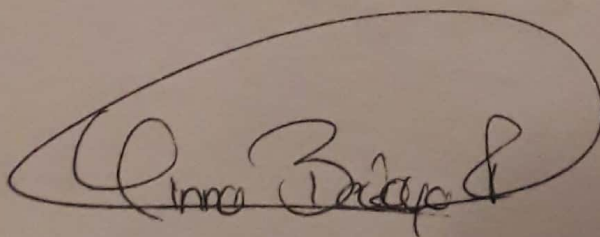
Que celebró contrato de prestación de servicios con la señorita Diana Carolina Soto identificada con cédula de ciudadanía No. 1.012.322.417 de Bogotá. Que el objeto del contrato fue prestar de manera completamente autónoma e independiente servicios como Trabajadora Social para el siguiente proyecto

- IDU 070-2012: COMPLEMENTACIÓN DE LOS ESTUDIOS Y DISEÑOS, MANTENIMIENTO, REHABILITACIÓN Y/O RECONSTRUCCIÓN DE LA CALLE 169B EN EL SECTOR COMPRENDIDO ENTRE EL CANAL DE CORDOBA Y LA AVENIDA BOYACA, EN BOGOTÁ D.C.

Fecha de iniciación: 1 de septiembre de 2013

Fecha de terminación: 30 de septiembre de 2013

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada, dada en Bogotá D.C. a los diecinueve días del mes de noviembre de 2013.



YINNA ANDREA BEDOYA ROMERO

Gerente

GESAMCOL

Gestión Socioambiental de Colombia S.A.S.
NIT 900 226 964 - 0

C.c. Archivo

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.012.322.417

SOTO DORTINAGO

APPELLIDO

DIANA CAROLINA

NOMBRE

Diana Carolina Soto

FIRMA



INDICE DERECHO

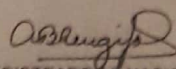
FECHA DE NACIMIENTO 14-JUN-1986
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

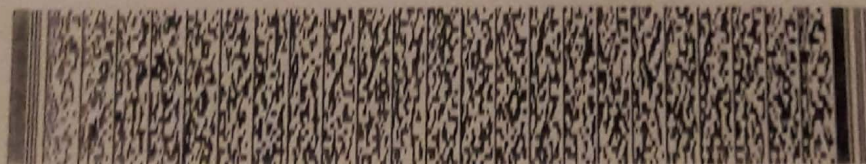
1.56
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

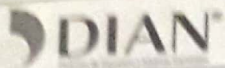
12-JUL-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADORA NACIONAL
ALMAZATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-1500107-42130595-F-1012322417-20040930

06887 04274A 02 168713521



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

ANUISCAR
Módulo Único de Registro, Servicio y Cobro Automatizado

001

3. Condición: ☒ 1 Actualización
Expiración automática para la DIAN

4. Número de formulario

14463587803



1415177072124635878030000014463587803

5. Número de identificación tributaria (NIT):
1 0 1 2 3 2 2 4 1 7

6. DV: 4

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

1. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión líquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación

1 0 1 2 3 2 2 4 1 7

27. Fecha expedición

2 0 0 4 0 7 1 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

SOTO

32. Segundo apellido

TINTINAGO

33. Primer nombre

DIANA

34. Otros nombres

CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACION

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 101 56 F 28 SUR BRR EL RECUERDO

42. Correo electrónico

anto3739@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 1 7 1 9 5 4 4 2

45. Teléfono 2:

3 1 0 2 5 4 1 8 7 3

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

Ocupación

52. Número
establecimientos

46. Código

7 2 2 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 8 0 3 2 5

48. Código

8 6 9 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 8 0 3 2 5

50. Código

1 2

51. Código

1 2

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código

2 0

50. Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

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 6

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscriba y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice
Firma autorizada:

984. Nombre

SOTO TINTINAGO DIANA CAROLINA

985. Cargo

CONTRIBUYENTE



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

Fecha: 26-03-2018
Hora: 8:01:07 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1012322417-4 DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO

Información General

Dirección KR 101 56 F 28 SUR

Teléfonos 5758955/3102541873

Dirección electrónica carito3739@hotmail.com

Fax 3017195442

Información de Registro

Fecha Inscripción 29/01/2014

Soporte Inscripción 15993517

Fecha Inicio Actividades 01/09/2013

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 72202-INVESTIGACIONES Y DESARROLLO EXPERIMENTAL EN EL CAMPO DE LAS CIENCIAS SOCIALES Y LAS HUMANIDADES EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 2: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 118002814358



Consejo Nacional de Trabajo Social

Law 53 of 1977 Decree Reglamentario No. 2823 of 1981



TRABAJADOR (A) SOCIAL

Código: 206621001-1

Registro: 1.012.322.417

Nombres: Diana Carolina

Apellidos: Soto Tintinago

Inscripción: 12 de septiembre 2012

Vigencia: 12 de septiembre 2022

Certificado de Vacunación

Institución:

Nombre: Diana Carolina Soto Tintinago

Identificación: 1012322417 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
Hep B	1	12 DIC 2017	1434025	03 ilfe
	2	8 ENE 2018	1434026	01 3-10

Scanned by CamScanner

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1012322417
Nombres y Apellidos	DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO		
Fecha de nacimiento:	14/06/1986		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	09/01/2016	Fiebre Amarilla	L5190	UBA SANIDAD PORTUARIA TERMINAL TERRESTRE
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Refuerzo	27/03/2018	Hepavax Gene	1434033.01	IPS VACUNAR COLOMBIA
Influenza	Única	25/05/2018	GC FLU	V50218006	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE - RAFAEL URIBE URIBE
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				
Td	Primera dosis	12/12/2011	Toxoide Tetánico y diftérico		CLINICA COLSANITAS CLINISANITAS LA SOLEDAD
	Segunda dosis	17/01/2012	Toxoide Tetánico y diftérico		CLINICA COLSANITAS CLINISANITAS LA SOLEDAD

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1012322417
Nombres y Apellidos	DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO		
Fecha de nacimiento:	14/06/1986		

Td	Tercera dosis	16/02/2014	Toxoide Tetánico y diftérico	024L1015C	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE - RAFAEL URIBE URIBE
	Cuarta dosis	23/09/2015	Toxoide Tetánico y diftérico	D2221	HOSPITAL PABLO VI BOSA I NIVEL ESE- CSDH SANTA FE
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				

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR
PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ FECHA 12/09/2016 08:55:21
NOMBRE Y APELLIDO: DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO PERIÓDICO ☐
EDAD 30 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR TRABAJADOR SOCIAL C.C 1012322417



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

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

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

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

OBSERVACIONES
CONTROL POR NUTRICION EPS
PAUSAS ACTIVAS

EXÁMEN PERIÓDICO

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

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Diana Carolina Soto Tintinago

FIRMA DEL PACIENTE



[Signature]

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

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784703

Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATEGICO GESTION DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-PI-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	2018-12-26	CIUDAD:	BOGOTÁ	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ
Destinatario Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el numeral 5.2.2.2.1. 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 Políticas 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	
SOTO	TINTINAGO		DIANA	CAROLINA	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		1012322417	BOGOTÁ	2004-07-12	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐			
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:	
1986-06-14	BOGOTÁ		COLOMBIA	COLOMBIANA	
ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ VIV. LIBRE ☒			1	1	3017195442
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAG. ☐ POSGRAD. ☒ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐					TRABAJADORA SOCIAL
TECNOLOGO ☐ OTRO ☐					CUAL: <input type="text"/>
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CARRERA 101 56 F 28 SUR		BOGOTÁ	BOGOTÁ	COLOMBIANA	5758955
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
carito3739@hotmail.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	
PARRA	CORTES		JULIAN	DAVID	
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		80800528	BOGOTÁ	2002-09-23	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: <input type="text"/>		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐		NACIONALIDAD: COLOMBIANO	
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: <input type="text"/>	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA ☐			
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐ NO ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
			ICA	SI ☒ NO ☐	7220
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
				AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE ESE	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐		SERVICIOS ☒	#NIT 900959051-7
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TELECOMUNICACIONES ☐
OTRA ☐	CUAL ☒				
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIAGONAL 34 5 43		3444484	BOGOTÁ	BOGOTÁ	COLOMBIA
CARGO ACTUAL		GERENTE DE BARRIOS	FECHA VINCULACION		2018-07-04

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	\$ 600.000	AHORROS	\$ 0	SALDO HIPOTECA	\$ 0
HONORARIOS	\$ 3.600.000	ARRIENDOS	\$ 350.000	INVERSIONES	\$ 0	TARJETAS DE CREDITO	\$ 0
ARRIENDOS	\$ 0	CUOTA VEHICULO	\$ 610.000	VEHICULOS	\$ 23.000.000	DEUDA VEHICULOS	\$ 15.000.000
COMISIONES	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 0	PROPIEDADES	\$ 0	DEUDAS TERCEROS	\$ 0
OTROS INGRESOS*	\$ 0	OTROS EGRESOS*	\$ 0	OTROS ACTIVOS*	\$ 0	OTROS PASIVOS*	\$ 0
TOTAL INGRESOS	\$ 3.600.000	TOTAL EGRESOS	\$ 1.560.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 23.000.000	TOTAL PASIVOS	\$ 15.000.000

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GINNA	VALERIA	ARDILA	LÓPEZ
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CALLE 26 SUR 78 H 30	BOGOTÁ/COLOMBIA	COMPAÑERA DE TRABAJO	3043288119

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO CAJA SOCIAL	CUENTA DE AHORROS	24042296483	FONTIBON	3077060

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ RA ☐

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 aqui 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 entregare a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

TRABAJADORA SOCIAL

- 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)
- 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.
- Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
- Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
- Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
- Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los 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 Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

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

Declaro expresamente:

- A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
 - B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. **FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:** Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
 2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.
3. **USUARIOS DE LA INFORMACION:** Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y el control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
 4. **TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES:** Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
 5. **DATOS SENSIBLES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
 6. **DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

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 NATURALCÓDIGO: ET-CA-ET-011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIONES: 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, teléfono 344 44 84, e-mail varlafr@subredcentroorientegov.co), y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y 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.subredcentroorientegov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Diavari Caroleuca Sotb Antmayo

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Bogotá, Diciembre 26 de 2018

Señora:
SOTO TINTINAGO DIANA CAROLINA
CC. 1012322417
CL 20 B N 111 A 31 - 5758955
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Noviembre 8 de 2012. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
PARRA SOTO ISABELLA	1011218136	R	Oct-9-2012	0	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Oct-9-2012	Anulación por TDA negados	Ninguna
PARRA SOTO ISABELLA	1011218436	R	Nov-8-2012	55	23	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
SOTO TINTINAGO DIANA CAROLINA	1012322417	C	Nov-8-2012	55	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
PARRA CORTES JULIAN DAVID	80800528	C	Jul-29-2003	391	0	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO	1012322417	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO	1012322417	Trabajador Independiente	CERRADO
DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO	1012322417	Trabajador Independiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1012322417**, se encuentra afiliado (a) desde **01/06/2018** 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	01/06/2018	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 26 de diciembre de 2018.



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.

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1012322417

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

DIANA

Primer Nombre

CAROLINA

Segundo Nombre

SOTO

Primer Apellido

TINTINAELO

Segundo Apellido

14/06/1986

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTÁ

Ciudad de Nacimiento

Kra 101 N° 56 F 28 Sur

Dirección de Residencia

5235365

Teléfono Fijo

SALUD TOTAL

EPS - Salud

COLPENSIONES

AFP - Pensiones

\$ 3'000.000 =

Honorarios

TRABAJADORA SOCIAL

Objeto Contractual (Cargo)

04/07/2018

Fecha Inicio del Contrato

carib3739@hotmail.com

Correo Electrónico

3017195442

Celular

Diana Carolina Soto Tintinaelo

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119656241



WEB

13:59:16

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 26 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1012322417:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 26 de diciembre de 2018, a las 14:01:03, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1012322417
Código de Verificación	1012322417181226140103

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





Bogotá D.C., 26 de Diciembre de 2018 - 14:02 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 SOTO TINTINAGO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL DOCE MILLONES TRESCIENTOS VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS DIECISIETE** de BOGOTÁ, D.C.

1012322417

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_APH49_0214**

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 14:06:22 horas del 26/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1012322417**

Apellidos y Nombres: **SOTO TINTINAGO 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.



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



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación

Todos los derechos reservados.



Gobierno en
Línea



HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s):

DIANA CAROLINA SOTO TINTINAGO

Identificado con

CC1012322417

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0637 PARQUE FONTIBON, con las siguientes características:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número : 24042296483

Fecha de Apertura : 30 de enero de 2014

Condiciones de Manejo : Individual, 1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector

Estado : CUENTA ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a: A QUIEN INTERESE

Realizada en la oficina 0444 BOSA PORVENIR de la ciudad de BOGOTA, el día sábado, 7 de abril de 2018.

Cordialmente,

Efectuado por:

R2C1P4A4 - RICARDO CANO PARDO



FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS

FECHA	27	12	2018
1. INFORMACIÓN DE LA DEPENDENCIA SOLICITANTE			
UNIDAD SOLICITANTE	PROCESO: (area- servicio o dependencia)	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA SOLICITUD	NÚMERO DE PERSONAS REQUERIDAS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	GESTION DE LA ATENCION FAMILIAR Y COMUNITARIA	LIDA MONTENEGRO PARRA	1
PERFIL U OBJETO DEL CONTRATO DEL RESPONSABLE DE LA SOLICITUD PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COORDINADORA SALUD PUBLICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
2. REQUISITOS DEL PERFIL PARA EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL SOLICITADO			
ACTIVIDAD SOLICITADA	PROFESIÓN U OFICIO	NIVEL EDUCATIVO	TIEMPO DE EXPERIENCIA
PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2	PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN TRABAJO SOCIAL	PROFESIONAL	1 A 2 Años
3. VALOR HONORARIOS			
VALOR HORA	NRO HORAS PROMEDIO MES	HONORARIOS FIJOS	
\$ 16.304	184	\$ 3.000.000	
4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTRATO			
OBJETO PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN TRABAJO SOCIAL DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
DURACIÓN: UN MES			
JUSTIFICACION: Como ente responsable de prestar servicios de salud de baja y algunos de mediana complejidad, con enfoque en prevención de la enfermedad y promoción de calidad de vida; atención primaria integral con responsabilidad social para nuestros usuarios, su familia, la comunidad y su entorno, tiene planteados y aprobados dentro su plan de gestión institucional, diferentes procesos que le permiten el logro de sus fines y objetivos. Dentro de estos procesos, se encuentra el de: proceso de salud Pública con el cual se busca Prestar servicios Integrales de Salud. Articular el Plan de Intervenciones Colectivas y Proyectos del Fondo Desarrollo Local con las Acciones Desarrolladas en el componente Resolutivo Para la eficaz y eficiente ejecución del proceso antes mencionado, LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, requiere desarrollar acciones tales como: realizar asesorías a nivel individual con estudiantes en las Instituciones Educativas, asesorías Trabajo Saludable (ámbito laboral), asesorías integrales a nivel individual con la población beneficiaria en las Instituciones de protección, asesorías de Trabajo Saludable, desarrollar procesos de asistencia técnica en los diferentes ámbitos de vida cotidiana, notificar todos los eventos de interés en salud pública detectados, participar en las actividades de planificación y gestión territorial y las demás responsabilidades que sean requeridas por parte de la Secretaría Distrital de Salud.			
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS: 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 a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital. 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 4. 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 servicios de salud. 5. Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente. 6. Diligenciar de manera completa, adecuada, ordenada y legible todos los formatos requeridos en las diferentes intervenciones de acuerdo a los anexos operativos de cada espacio de vida o componente transversal.			
NOTA: Todos los campos son de obligatorio diligenciamiento, en caso contrario será devuelta la solicitud. Las firmas deben ser recogidas en el siguiente orden: Responsable del requerimiento, Profesional Especializado de Talento humano, Subgerente y Ordenador del gasto			
5. APROBACION DE LA SOLICITUD			
 FIRMA RESPONSABLE LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA COORDINADORA PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PSPIC Jefe de Oficina y/o Director Administrativo y/o Asistencial		 FIRMA ORDENADOR DEL GASTO	
SUPERVISOR DESIGNADO: ADRIANA HIGUERA GARCIA - CC 32703397 - PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 REFERENTE DE GESTION			
El suscrito Director Operativo del área de talento humano certifica que en la planta de personal de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, no cuenta con el personal suficiente y/o requerido para el desarrollo de las actividades y objeto señalados en la presente solicitud.			
Director Operativo de Talento Humano			
6. ESPACIO EXCLUSIVO PARA EL ÁREA DE CONTRATACIÓN			
CERTIFICACIÓN			
RECIBIDO POR:	FECHA DE RECEPCIÓN	AÑO	MES
CARGO	CONSECUTIVO CONTRATACIÓN	DÍA	
7. IDENTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD			
☐ NUEVO: 1. PLAN DE ADQUISICIONES SI ☐ PENDIENTE POR CONTRATAR. NO ☐ 2. CONVENIO:	RENOVACIÓN DE CONTRATO - CAMBIO DE PERFIL CAMBIO DE LINEAMIENTOS PIC		
☐ REEMPLAZA A: NOMBRE: CÉDULA: NÚMERO DE CONTRATO:	Bo Presupuesto (Liberación de sal VoBo Contratación (Presentacion novedad)		
☐ NOVEDAD POR SITUACIÓN ADMINISTRATIVA DE PERSONAL DE PLANTA:			

Para Solo Montenegro

COMPL

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		FECHA:		Nº FOLIOS:	
NOMBRE DEL CANDIDATO:	Diana Carolina Soto Tintag		DOCUMENTO:	1012322417	
TELÉFONO:	3017195442		ACTIVIDAD SOLICITADA:		

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO
(FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

NECESIDAD DE PERSONAL OPS	
SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐ NO ☐

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI	☒	
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI	☒	
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI	☒	
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☒	
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	☒	N/A ☐
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	☒	N/A ☐
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	☒	NO ☐
8	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☐	N/A ☒
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	☒	N/A ☐
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI	☒	N/A ☐
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	☒	
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIU 7220	SI	☒	
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☒	
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☐	N/A ☒
15	TARJETA PROFESIONAL	SI	☒	N/A ☐
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	☐	N/A ☒
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	☐	N/A ☒
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI	☐	N/A ☒
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	☒	N/A ☐
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☒	
21	CERTIFICADO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCIÓN No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa)	SI	☐	N/A ☒
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	☐	N/A ☒
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGÍA (Médico, Enfermera, Bacteriólogo, Citoistotecnólogo, Histocitotecnólogo) Resolución 2003 de 2014	SI	☐	N/A ☒
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI	☐	N/A ☒
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI	☐	N/A ☒
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	☐	N/A ☒
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI	☐	N/A ☒
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI	☐	N/A ☒
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI	☒	
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: Salud Total	SI	☒	
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Colpensiones	SI	☒	
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE - NOMBRE: Bolívar	SI	☒	
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒	
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒	
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒	
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒	
37	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento y N° de cuenta)	SI	☒	

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Nombre	Soto tinitinago diana carolina
Número de identificación	1012322417
Alias	
Fecha de reporte	Jueves 17 de Enero del 2019, 8:49 am
Estado consulta	No reportado
País	Colombia
Jurisdicción	11001 bogotá, d.c.
Canal	-
Origen de recursos	Desarrollo de actividad
Producto	Medio
Lista	No se encontro en ninguna lista.
Actividad económica	7220 investigaciones y desarrollo experimental en el campo de las ciencias sociales y las humanidades.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

TIPO DE RELACIÓN	INDICADOR	RESULTADO
Consulta	0%	0%
País	5%	0%
Jurisdicción	5%	5%
Canal	5%	0%
Actividad	5%	8%
Producto	5%	3%
Origen de recursos	20%	8%
PERFIL DE RIESGO		24%
		76%

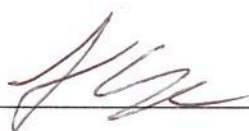
SEÑALES DE ALERTA

Sospechosa Inusual Intentada

OBSERVACIONES:

Sin observaciones

Firma



JUAN SEBASTIAN RAMIREZ FORERO

