

2/10/2018

Confirmación de registro de Proveedor



Aumentar el contraste



UTC -5 10:20:34



Buscar por proceso

Menú

Buscar...

Confirmación de registro de la entidad

Id de página: 14001741 Ayuda ?

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones Diana Marcela Rojas Rondon,

Diana Marcela Rojas Rondon con el Número de documento 1013596701 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 >

2/10/2018



Inicio

[Actualizar el contenido](#)

UTC -5 10:23:01

Diana Marcela Roj...

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar...

Id de página: 14001307 Ayuda ?

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado



Sugerencias SECOP

El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.

Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa

Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensajes

Oportunidades de negocio Recibidas

Sin oportunidades

Más información



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: 16-ene-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ROJAS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RONDON	NOMBRES DIANA MARCELA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1013596701	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 28 MES ABR AÑO 1988 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 9 sur # 7b36 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4678081 EMAIL dianirojas8817@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 académico	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO		
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	☒	MES DICIEMBRE AÑO 2005	

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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
UN	8	X	ENFERMERO (A)	6 2018	1013596701



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: 16-ene-2019

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Instituto nacional de cancerología	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@cancer.gov.co	
TELÉFONOS 4320160	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 6 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN Calle 1 # 9-85	

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	3	4
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	3	4

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá
16-01-17.

Diana Marcela Rojas
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



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

SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-ene-2019

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



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
Última Actualización: 16-ene-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DIANA MARCELA ROJAS RONDON
IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1013596701 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia Departamento Bogotá D.C. Municipio Bogotá D.C.
Dirección calle 9 sur # 7b36 Teléfonos 3014736219 4678081

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Nidia Consuelo Rondon Saenz	52111302	MADRE
Jorge Edgardo Rojas Guerrero	79288175	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	\$ 15.185.213,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 964.174,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 16.149.387,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Davivienda	AHORROS	008400707678	20 de julio	\$ 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
-------------------	----------	-------



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: 16-ene-2019

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

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

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

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

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

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

DIADA MARCELA REYES R.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 16-ene-2019

CIUDAD Y FECHA



República de Colombia

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación DIC. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

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

DIANA MARCELA ROJAS RONDON

C.C. N°. 1013596701 de Bogotá D.C.

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

ENFERMERA

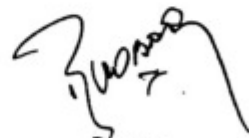
En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.
Bogotá D.C., el día 22 de Junio de 2018



Rector



Secretaria General



Decano



Tomo 10 · Folio 71 · Registro 57542 · Acta No. 846 · Fecha 22 de Junio de 2018 ·



LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

LA ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER



EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Una contribución a la Salud y Bienestar del pueblo Colombiano

Hace Constar que:

DIANA MARCELA ROJAS RONDON

Identificada con cédula de ciudadanía No. 2.012.596.701 de Bogotá

Dentro del programa de Auxiliar en Enfermería, asistió al curso de capacitación específica en el área

AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO

Con una intensidad de 160 horas

Cogotá, 10 de diciembre de 2009

Anotado al libro de registro N° 02 folio



La República de Colombia y en su nombre
**La Escuela de Salud
"San Pedro Claver"**

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano



Aprobado por el Ministerio de la Protección Social según los Acuerdos No. 04 de Noviembre 30 de 1993, No. 118 del 23 de Diciembre de 2008; y las Resoluciones No. 1535 de Abril 14 de 1994, No. 028 de Septiembre 3 de 1998, No. 5069 de Diciembre 17 de 2007 de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Teniendo en cuenta que:

Diana Marcela Rojas Rondón

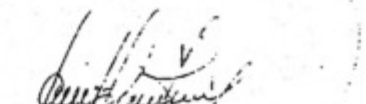
Identificada(o) con C.C. 1.013.596.701 de Bogotá

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

Auxiliar en Enfermería

Le confiere el presente certificado con Aptitud Ocupacional


DIRECTOR


SECRETARIA

Dado en Bogotá, D.C. a los 10 días del mes de Diciembre de 2009

Anotado al libro de Registro No. 2, Folio 121



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre

La Fundación Instituto Tecnológico del Sur

APROBADA MEDIANTE RESOLUCIÓN No. 3140 DEL 23 DE ABRIL DE 1987 Y
RATIFICADA CON LA RESOLUCIÓN No. 7473 DEL 19 DE NOVIEMBRE DE 1998,
EMANADA DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE BOGOTÁ, D.C.

CONFIERE A

Diana Marcela Rojas Rondón

IDENTIFICADO (A) CON *T.I.* No. *SS0428-60416* DE *Hoja de Bogotá, D.C.*

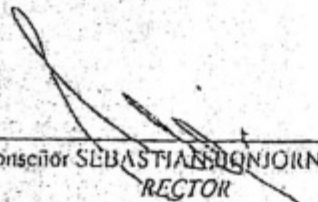
EL TÍTULO DE

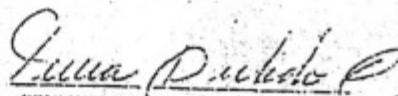
Bachiller Académico

Con especialidad en
humanidades (inglés)

(Art. 11, Numeral 2, Decreto No. 1860 de 1994).

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS
CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA,
SEGÚN EL PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL
EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS VIGENTES.


Monsignor SEBASTIÁN DONJORN SALES
RECTOR


TERESA PULIDO CASACHIRO
SECRETARIA

DADO EN BOGOTÁ, A 03 DE DICIEMBRE DE 2005

RADICADO: FOLIO 0245 No. 317 FECHA DICIEMBRE 9 DE 2005

Fundación Universitaria del Área Andina **ACTA DE GRADO No. 846**

En Bogotá D.C., el 22 de Junio de 2018 a las 10:00 horas, convocados por Resolución Nacional No. 037 del 18 de junio de 2018, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, Doctor José Leonardo Valencia Molano, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, Doctor Ricardo Humberto Escobar Gaviria y la Secretaria General, Doctora María Angélica Pacheco Chica, para presidir la ceremonia de grado de **DIANA MARCELA ROJAS RONDON**, identificada con C.C. No. 1013596701 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedora a recibir el título de **ENFERMERA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior mediante acuerdo 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor a la graduanda, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación, ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional.

Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron.

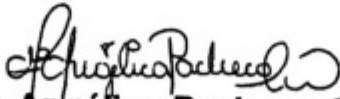
Anotado en el Tomo 10, Folio 71, Registro 57542

JOSÉ LEONARDO VALENCIA MOLANO, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional

RICARDO HUMBERTO ESCOBAR GAVIRIA, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

MARÍA ANGÉLICA PACHECO CHICA, Secretaria General

Dada en Bogotá D.C., a los 22 días del mes Junio de 2018.


María Angélica Pacheco Chica
Secretaria General

ACTA DE GRADO

Inscripción S.E. 1132
DANE 311001-04825

Leónidas Buitrago

FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR

En la ciudad de Bogotá D.C., a los 03 días del mes de Diciembre del año 2005 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, El Rector y Secretaria, en la Rectoría de la FUNDACION INSTITUTO TECNOLOGICO DEL SUR, institución aprobada hasta nueva visita, en el nivel de Educación Media y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA, según resolución No 07140 del veintitrés (23) de abril de 1987 y ratificado con la resolución No 7473 del 19 de noviembre de 1998. Con especialidad en Humanidades (Inglés). Art 11, Numeral 2, Decreto 1860 de 1994).

Controlada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO con especialidad en HUMANIDADES (INGLES), al graduado cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

BIACA JACQUELINE POLAN-PUSCH
C.C. No. 880628-00130 de Santafé de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original No. 130 de fecha diecinueve (19) del año 2005 que consta de 423 alumnos, que comienza con el nombre de AGUILAR HERNANDEZ, GUSTAVO ADOLFO y se cierra con el nombre de VELASCO AREVALO SINDY VOHAIRA Firmado y sellado por Mons. Sebastián Bonjorno Sales (Rector) y Teresa Pulido Camacho (Secretaria).

Daño en Bogotá D.C., a los 04 días del mes de Diciembre del año 2005

Firmado y Sellado

Mons. SEBASTIAN BONJORNO SALES
Rector
C.E. No. 100.105 de Bogotá

TERESA PULIDO CAMACHO
Secretaria
C.C. No. 11324316 de Bogotá D.C.

Firmado por

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.013.596.701**

ROJAS RONDON

APELLIDOS

DIANA MARCELA

NOMBRES

[Handwritten signature]

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-ABR-1988**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

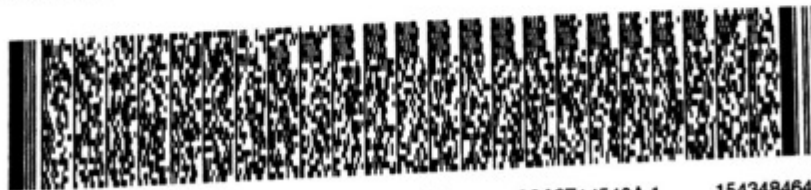
F

SEXO

14-JUN-2006 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00752788-F-1013596701-20151002

0046714540A 1

1543484643

2. Concepto: **02** Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14479982557



[415]7707212489984(8020) 0000014479982557

5. Número de identificación Tributaria (NIT):

1 0 1 3 5 9 6 7 0 1

6. DV:

0

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 0 1 3 5 9 6 7 0 1

27. Fecha expedición:

2 0 0 6 0 6 1 4

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

ROJAS

32. Segundo apellido

RONDON

33. Primer nombre

DIANA

34. Otros nombres

MARCELA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sexo:

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

CL 9 SUR 7 B 36 CA REFUGIO DE SANTA ANA II

42. Correo electrónico:

dianirojas8817@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 0 1 4 7 3 6 2 1 9

45. Teléfono 2:

4 6 7 8 0 8 1

CLASIFICACION

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

51. Código

52. Número establecimientos

46. Código:

8, 6, 9, 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 0 0 6 0 1

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 2

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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. Acceptor: SI ☐ NO ☐

60. No. de Folios:

61. Fecha: Año Mes Día

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

985. Cargo:



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

Fecha 30/08/2018

CONTRIBUYENTE C.C. 1013596701 **DIANA MARCELA ROJAS RONDON**

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 9 SUR 7 B 36 CA REFUGIO DE SANTA Teléfonos: 4678081
Dirección electrónica: Ciudad: Bogotá, D.C. Municipio: Bogotá DC
Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: NO REGISTRA
Fecha inicio de Actividades: 01/06/2010 Fecha de cese de Actividades: NO REGISTRA No Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud)
Actividad 2:
Actividad 3:
Actividad 4:
Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD



CONTRIBUYENTE NIT 1013596701-0 DIANA MARCELA ROJAS RONDON

Información General

Dirección CL 9 SUR 7 B 36 CA REFUGIO DE SANTA ANA II

Teléfonos 4678081 3014736219

Dirección electrónica dianirojas8817@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 30/08/2018

Soporte Inscripción 23452788

Fecha Inicio Actividades 01/06/2010

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18003134468

MINSALUD

GOBIERNO DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERA

DIANA MARCELA ROJAS RONDON

C.C. 1.013.596.701

FUND UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA - FUAA

Bogotá D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2018-06-22

FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2018-08-16



16988

Crear ID.com | 021 0116

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

1013596701

Primer Nombre *

Diana

Primer Apellido *

Rojas

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-09-01--4:36:30 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1013596701	DIANA	MARCELA	ROJAS	RONDON	Ver

Información Detallada [CC: 1013596701] DIANA MARCELA ROJAS RONDON**2018-09-01--4:36:30 AM****Información Académica**

Tipo Programa	Origen Titulo	Obtención	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local		ENFERMERIA	2018/8/16	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



Tribunal Nacional Etico de Enfermería

Ley 266 de 1996

Ley 911 de 2004 "Ley Deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE:

La enfermera **DIANA MARCELA ROJAS RONDÓN** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.013.596.701, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veintiséis (26) días del mes de septiembre del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,


EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Biológico	Dosis	Fecha	Firma	VACUNA CONTRA EL SARAMPION Y RUBÉOLA (Vna. JAVRA)
Sarampión Rubéola	1	3 SEP. 2011		<i>[Firma]</i>
Toxoide Tetánico Difterico Td	1	2 AGO. 2011		<i>[Firma]</i>
	2	3 SEP. 2011		<i>[Firma]</i>
	3	MAR 2012		<i>[Firma]</i>
	4	15 FEB. 2017		<i>[Firma]</i>
	5	4 MAR 2012		<i>[Firma]</i>
Contra Hepatitis B	1	2 AGO. 2011		<i>[Firma]</i>
	2	3 SEP. 2011		<i>[Firma]</i>
	3	15 FEB. 2017		<i>[Firma]</i>

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión	1			
Rubéola	1			
Toxoide	2			
Tetánico	3			
Diftérico	4			
Td	5			
	1			
Contra	2			
Hepatitis B	3			
	4			

[illegible]

te carné es válido en Colombia
para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: DIANA MARCELA
Apellidos: ROJAS RONDON
Documento de identidad: C.C. x T.I. Pasaporte No. 1'013.5546 701
Fecha de nacimiento: Dia. 28 Mes. 04 Año. 1982

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA. YO ME VACUNO



MinSalud

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Diana Marcela
Apellidos: Rojas
Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 7013596701
Fecha de Nacimiento: Día 28 Mes 04 Año 1988

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA. YO ME VACUNO



MinSalud

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: DIANA MARCELA
Apellidos: ROJAS RONDON
Documento de identidad: C.C. X.T.I. Pasaporte No. 1013596701
Fecha de Nacimiento: Día 28 Mes 04 Año 1988

Certificado de Vacunación

Institución: Diana Marcela Rojas
 Non-bre: 103596701 Tel: _____

Vacuna:	Dosis	Fecha Aplicación	Lugar	Firma Vacunador
Influenza	2e.	03 SEI. 2018		Xuri Viviana Castiblanco B

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 27/09/2018 11:07:57
PREOcupACIONAL O INGRESO ☒ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐
NOMBRE Y APELLIDO: DIANA MARCELA ROJAS RONDON C.C 1013596701
EDAD 30 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR ENFERMERO



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ☒
Visiometría ☐
Audiometría ☐
Espirometría ☐

Exámenes de laboratorio SI ☐ NO ☒
Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐
Cuales
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

USO DE MEDIAS ANTIVARICE
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
USO DE EPP/ REALIZAR 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

SE SUGIERE AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL

DIANA MARCELA ROJAS K.

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Gianna Marcela Prieto C.
MEDICO CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
LIC. NO 11334/2017

FIRMA DEL ESPECIALISTA



CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación
Nacional

CERTIFICA QUE :

DIANA MARCELA ROJAS RONDON

c.c. 1.013.596.701

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA AMERICAN HEART
ASSOCIATION, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA
NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dada en Bogotá, a los 21 días del mes de Agosto de 2018.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACIÓN EN
URGENCIAS Y EMERGENCIAS

S.O.S
Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 / 2009
Ministerio de Educación Nacional

Paola M. Vieda
Directora

PARA EVITAR FALSIFICACIONES, SOLICITAMOS
A SU INSTITUCION SE VERIFIQUE LA
AUTENTICIDAD DE EL SIGUIENTE CERTIFICADO.
PARA ESTO comuníquese al:
TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
inscripciones@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección
Académica



CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación
Nacional

CERTIFICA QUE :

DIANA MARCELA ROJAS RONDON

c.c. 1.013.596.701

ASISTIO AL CURSO

OPORTE VITAL AVANZADO CARDIACO

CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA AMERICAN HEART
SOCIATION, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA
NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230-101108
CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

Dado en Bogotá D.C. a los 06 días del mes de Septiembre de 2018.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACION EN
URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Educación Informal - Decreto 4904 / 2009
Ministerio de Educación Nacional

Paola M. Vieda
Directora

PARA EVITAR FALSIFICACIONES, SOLICITAMOS A SU
INSTITUCION SE VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE EL
SIGUIENTE CERTIFICADO. PARA ESTO comuníquese al:
TEL: 8069582 CEL: 3192978634- 3192859190
inscripciones@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección
Académica

Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		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-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	2-10-18	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CONDOBIMARCA
Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUBLICO	☒	OTRO	☐	CUAL:	
I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
ROJAS	REINON	DIANA	MACCELA		
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
CC ☒	CE ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1.013596701	BOGOTA
PASAPORTE ☐		OTRO ☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA		SI ☐
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:		
28-04-1988	BOGOTA	Colombia	Colombia		
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR	
SOLTERO(A) ☒	CASA ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	0	304736279
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAESTRO ☐					POSGRADO ☐
UNIVERSITARIO ☐					TECNICO ☐
BACHILLER ☐					OTRO ☐
PRIMARIA ☐					CUAL: ☐
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 75X #78-X		BOGOTA	CONDOBIMARCA	Colombia	4678081
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
dianirojas88@hotmail.com				PROPIA ☐	FAMILIAR ☐
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX:
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
CC ☐	CE ☐	R.C. ☐	NUIP ☐		
PASAPORTE ☐		OTRO ☐	CUAL: ☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI NO ☐	
NACIONALIDAD:					
3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA					
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: ☐	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA ☐			
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE		DECLARA RENTA	SI ☐	IVA	SI ☐
		NO ☒	NO ☒	ICA	SI ☒
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐	NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐
				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 SALUD CENTRO ORIENTE	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☒ INDUSTRIA ☐ COMERCIO ☐	NIT 800216303-2
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TELECOMUNICACIONES ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐	OTRA ☐ CUAL: X		
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD-MUNICIPIO	DEPARTAMENTO PAIS
CARGO ACTUAL	FECHA VINCULACION		

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	2'200.000	GASTOS FAMILIARES	300.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	500.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	3'000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	800.000	OTROS ACTIVOS*	5.000.000	OTROS PASIVOS*	12'000.000
TOTAL INGRESOS	2'200.000	TOTAL EGRESOS	1'300.000	TOTAL ACTIVOS	5'000.000	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. * No debe ser localizable en Horario Laboral			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ARZUZA	ACOSTA	MANUEL	ENRIQUE
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
calle 22 Sur #405-03	Bogotá	AMIGO	3022877885

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
DAVIVIENDA	AHORROS	008400707078	20 Julio	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS				CUAL:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐				

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS / FONDOS

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

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

ENFERMERA

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

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. (Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACIÓN, REPORTE Y CONSULTA A LAS ENTIDADES DE RIESGO, AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR, COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIEROS, CREDITICIOS, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAÍSES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

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. 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 INFORMACIÓN: 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, Fasecolida, 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 INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: 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.

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 LA INFORMACIÓN: 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 comparten, transfieren, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud - Diagonal 34 No 5 - 4 3, Bogotá DC, teléfono 3 44 44 84, e-mail: servicio@subredcentrooriente.esv.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 DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos de ser necesario la transferencia nacional e internacional de

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-PT-011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

Diana Marcela Rojas R.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

I. 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	

II. 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:	

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación: Fecha de Radicación: 2019/01/19

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de novedades ☒	2. Tipo de Afiliación A. Individual: • Cotizante o cabeza de familia ☐ • Beneficiario o afiliado adicional ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ 5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	Código (a registrar por la EPS) <u>39</u>
---	---	---	--	---

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Diego Alejandro

7. Tipo de documento de identidad: CC 8. Número de documento de identidad: 102359630 9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐ 10. Fecha de nacimiento: 1990/01/19

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: N/A 12. Discapacidad: Tipo Condición 13. Puntaje SISBEN: 14. Grupo de población especial: 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: 16. Administradora de pensiones:

17. Ingreso base de cotización - IBC: 18. Residencia: 19. Dirección: 20. Zona: Urbana ☒ Rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

21. Apellidos y nombres: 22. Tipo de documento de identidad: 23. Número de documento de identidad: 24. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 25. Fecha de nacimiento:

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

26. Apellidos y nombres: 27. Tipo de documento de identidad: 28. Número de documento de identidad: 29. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 30. Fecha de nacimiento:

31. Datos de residencia: 32. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS):

33. Datos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	34. Tipo de documento de identidad	35. Número de documento de identidad	36. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	37. Fecha de nacimiento
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

38. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: 39. Código de la IPS (a registrar por la EPS): 40. Nombre o razón social: 41. Tipo de documento de identificación: 42. Número del documento de identificación: 43. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS):

B. REPORTE DE NOVEDADES

44. Tipo de Novedad: 45. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales: ☐ 46. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales: ☐ 47. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar: ☐ 48. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando: ☐ 49. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas: ☐ 50. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas: ☐ 51. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 52. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 53. Reporte por fallecimiento: ☐ 54. Reporte del trámite de protección al cesante: ☐ 55. Reporte de la calidad de Pre-pensionado: ☐ 56. Reporte de la calidad de Pensionado: ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

47. Datos básicos de identificación: 48. Tipo de documento de identidad: 49. Número de documento de identidad: 50. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 51. Fecha de nacimiento: 52. EPS anterior: 53. Motivo de traslado: 54. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: 55. Fecha:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

56. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: ☐ 57. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción: ☐ 58. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios: ☐ 59. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud: ☐ 60. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales: ☒ 61. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran: ☒ 62. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1561 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013: ☐ 63. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto: ☒

VIII. FIRMAS

64. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: Diego Alejandro Rojas X 65. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio:

IX. ANEXOS

66. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ Cant. ☐ RC ☐ Cant. ☐ TI ☐ Cant. ☐ CC ☐ Cant. ☐ PA ☐ Cant. ☐ CE ☐ Cant. ☐ CO ☐ Cant. ☐ SC ☐ Cant. ☐ Total: 67. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia: ☐ 68. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres: ☐ 69. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud: ☐ 70. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas: ☐ 71. Copia del acto administrativo o resolución que autoriza a la EPS a manejar los datos personales de los beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1561 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013: ☐

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

72. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio: Código del departamento: 73. Datos del SISBEN: Número de la ficha: Puntaje: Nivel: 74. Datos del funcionario que realiza la validación: 75. Tipo de documento de identidad: 76. Número de documento de identidad: 77. OBSERVACIONES: 78. Fecha de validación: 07/19 79. Firma de validación: 80. Fecha de radicación: 81. Radicación:





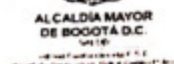
**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.
NIT 800.144.331-3**

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **DIANA MARCELA ROJAS RONDON**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,013,596,701**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Enero de 2019.

Gerente de Clientes



DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

Numero de Documento

ARL

Primer Nombre

Segundo Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

F. Nacimiento dd/mm/aa

Ciudad de Nacimiento

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

EPS - Salud

AFP - Pensiones

Honorarios

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Correo Electrónico

Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 79.734.627 31c'



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 120672694



WEB
09:19:29
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 16 de enero del 2019

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIANA MARCELA ROJAS RONDON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013596701:

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.

División Centro de Atención al Público (CAP)
Línea gratuita 018000910315; dcap@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co

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 16 de enero de 2019, a las 09:21:27, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1013596701
Código de Verificación	1013596701190116092127

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

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

COR



Bogotá D.C., 16 de Enero de 2019 - 9:23 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **DIANA MARCELA ROJAS RONDON**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL TRECE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS UN** de BOGOTÁ, D.C.

1013596701

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

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: **1_9LWPG_239**
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 09:24:30 horas del 16/01/2019, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1013596701**

Apellidos y Nombres: **ROJAS RONDON DIANA MARCELA**

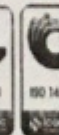
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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



Avenida el Dorado N° 75 - 25 Barrio
 Modelia, Bogotá DC
 Atención administrativa de lunes a
 viernes de 8:00 am - 12:00 pm y
 2:00 pm - 5:00 pm
 Línea de Atención al Ciudadano -
 Bogotá D.C. 5159700 / 30555
 Resto del país: 018000 910 112
 Requerimientos ciudadanos 24
 horas
 E-mail: lineadirecta@policia.gov.co



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único de
Contratación



Gobierno en
línea

Todos los derechos reservados.



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

27/09/2018

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **DIANA MARCELA ROJAS RONDON** con **Cédula de Ciudadanía** número **1013596701**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

0550008400707678

Fecha de apertura

04/12/2013

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.834.313-7



CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación
Nacional

CERTIFICA QUE :

DIANA MARCELA ROJAS RONDON

C.C: 1.013.596.701

ASISTIO AL CURSO

**ATENCION INTEGRAL EN SALUD
A VICTIMAS DE VIOLENCIA
SEXUAL Y DE GÉNERO
(CADENA DE CUSTODIA)**

CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LAS RESOLUCIONES:
3/2014, 459/2012, Y LAS LEYES: 1146/2007, 1257/2008. A NIVEL NACIONAL PARA
TODO EL PERSONAL DE LA SALUD
CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

Dado en Bogotá D.C., a los 15 días del mes de Agosto de 2018.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACIÓN EN
URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Educación Informal de acuerdo a Decreto 4904 / 2009
Ministerio de Educación Nacional

Paola M. Vieda
Directora

PARA EVITAR FALSIFICACIONES, SOLICITAMOS
A SU INSTITUCION SE VERIFIQUE LA
AUTENTICIDAD DE EL SIGUIENTE CERTIFICADO.
PARA ESTO comuníquese al:
TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
inscripciones@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección
Académica

Bogotá D.C

Señores:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

ENFERMERA.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

DIANA MARCELA ROJAS R.

No. de documento:

1.013.576.701

Tarjeta profesional No:

1.013.576.701

Dirección de contacto:

CALLE 78X # 7B-36.

Teléfono:

3014736219.

Septiembre 11 de 2018

Certificado No: 1548

LA SUSCRITA COORDINADORA FUNCIONAL DEL GRUPO AREA DE GESTION Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO, DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA – EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO y con destino a: **QUIEN PUEDA INTERESAR.**

CERTIFICA

Que revisados los registros y archivos del personal de la entidad que se llevan en esta dependencia, en la hoja de vida de la Señora **DIANA MARCELA ROJAS RONDON**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.013.596.701 de Bogotá, se encontraron los siguientes datos:

1. Mediante Decreto Ministerial No 1147 del 05 de Julio de 2017, se creó en el Instituto Nacional de Cancerología Empresa Social del Estado, una Planta Temporal hasta el 31 de diciembre de 2018.
2. Ingresó al Instituto en la planta temporal el 01 de noviembre de 2017, desempeñando el cargo de Enfermero Auxiliar 4128-19 y labora en el Grupo Area Enfermería Oncológica.
3. Devenga los siguientes conceptos:

Asignación Básica	\$ 1.626.935.00
Subsidio de Alimentación	\$ 60.170.00
<hr/>	
Total Devengado	\$ 1.687.105.00

Dada en Bogotá, a los once (11) días del mes de Septiembre de 2018.

NOTA: Los certificados que presenten enmendaduras o tachones no tendrán validez alguna.

Cordialmente,


ROSA MARIA RODRIGUEZ MOLANO
Coordinadora Grupo Área de Gestión y Desarrollo del Talento Humano

GAGYDDTH/DFC/Fanny.





MinSalud

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Calle 1ª N° 9 - 85 / PBX: 334 1111
www.cancer.gov.co
Bogotá D.C., Colombia
NIT: 899.999.092 - 7



ENONCO S.A.S

ENFERMERAS ONCOLOGAS DE COLOMBIA

"Líderes en el Cuidado Oncológico"

NIT 900.447.989-2

CERTIFICAMOS

Que el (a) señor (a) **DIANA MARCELA ROJAS RONDON** identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.013.596.701** labora en nuestra empresa desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** a través del contrato por Obra o Labor así:

FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. CONTRATO
01-06-2015	30-06-2015	0198
01-07-2015	31-10-2015	0375
01-11-2015	31-03-2016	0689
01-04-2016	30-11-2016	0186
01-12-2016	30-09-2017	0736
01-10-2017	30-11-2017	0526

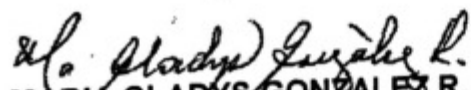
Devengando los siguientes ingresos:

Salario Básico	\$ 737.717
Auxilio Extralegal	\$ 290.000
Total Ingresos:	\$ 1.027.717

Las fechas de los contratos antes mencionados corresponden a los contratos firmados entre **ENONCO SAS** y el **INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA**.

La presente certificación se expide a solicitud del (a) interesado (a), en la ciudad de Bogotá a los (07) días del mes de Septiembre de 2018.

Cordialmente,


MARIA GLADYS GONZALEZ R.
Representante Legal

Bogotá, Calle 95 No. 15-47 Oficina 703 Tel: 4320160 Ext. 3132 – 3133 - 2573340

E-mail: enonco@yahoo.com