



Aumentar el contraste

UTC -5 16:39:04

DIANA OLIVA MURCI...



Búsqueda ▼ Mis procesos ▼ Menú ▼ Ir a ▼ Buscar...

Escritorio → **Configuración Entidad Estatal/Proveedor**

Id de página:: 14005969 Ayuda

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

Últimas modificaciones | Todos los usuarios | Activo | Seleccione | Crear

Búsqueda de usuarios

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Nombre	Correo electrónico	Fecha de registro	Acceso a la cuenta	Última actualización de estado	Usuario		
DIANA MURCIA	diaom455@gmail.com	22/12/2017 08:37:51 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado	22/12/2017 08:45:21 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Activo	Editar	Detalle

OPCIONES

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

VER

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

HERRAMIENTAS

Herramientas no está disponible.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 22-ene-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MURCIA	MARTINEZ	DIANA OLIVA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52476742

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 1 MES ABR AÑO 1978

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Tibirita

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 39 C SUR 82 36

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 9035975

EMAIL diana.m.subredcentrooriente@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER COMERCIAL
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1996

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	3	X		AUXILIAR EN ENFERMERIA	12	2012	52476742

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Ultima Actualización: 22-ene-2019

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED CENTRO ORIENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3444484	DIA 2 MES 5 AÑO 2017	DIA 21 MES 1 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
TECNICO DE APOYO	GESTION DEL RIESGO VIVIENDA	DG 34 5 43

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDINES	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3158693921	DIA 1 MES 7 AÑO 2016	DIA 30 MES 3 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ENFERMERIA	AV CARACAS 6 11 SUR

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ESE SAN CRISTOBAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2091480	DIA 2 MES 3 AÑO 2015	DIA 10 MES 6 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERIA	VIGILANCIA SANITARIA	CALLE 22 SUR 8 A 58

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 22 enero 2019

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 22-ene-2019

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL CENTRO ORIENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444494	DIA 21 MES 3 AÑO 2013	DIA 28 MES 2 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	EPIDEMIOLOGIA	DG 34 5 43

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	5	8
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	5	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogotá 22 Enero de 2019.
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Diana Olga Murcia Martinez
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 22-ene-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DIANA OLIVA MURCIA MARTINEZ
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52476742 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CL 39 C SUR 82 36 **Teléfonos** 3112335665 9035975

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LIZBETH DANIELA WALTEROS MURCIA	1001340417	HIJO(A)
ANGELY ZULENY PERDOMO MURCIA	1141320724	HIJO(A)
CECILIA MARTINEZ DE MURIA	41724515	MADRE
LUIS ERNESTO MURCIA PAIBA	7489904	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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 18.200.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.200.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	008400725407	20 DE JULIO	$ 5.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	APARTAMENTO	$ 76.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 22-ene-2019

BANCO CAJA SOCIAL	CREDITO HIPOTECARIO	$ 46.000.000,00

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 acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Diana Olga Muñoz Martinez

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 22-ene-2019

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

La República de Colombia

y en su nombre

El Colegio Distrital

"Darío Echandía"

Jornada Tarde

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D. C., según Resolución No. 3523 del 1 de Diciembre de 1992

Confiere a:

Diana Oliva Murcia Martinez

Identificado (a) con T.I. No. 780401-01232 de Tibirita Cund.

el Título de:

Bachiller Comercial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes

Rector

Secretario

Dado en Santafé de Bogotá a 25 de Noviembre de 1996

" No requiere registro según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 "

Scanned by CamScanner

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

INFORSALUD

Instituto de Formación en Salud

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Con autorización oficial según resolución No. 2136 de fecha 24 de febrero de 1997 emanada en la Secretaria de Educación de Bogotá D.C., Ministerio de Salud Acuerdo No. 15 de Octubre 16 de 1995 y Acuerdo No. 9 de Julio 10 de 1996 Secretaría de Educación, Acuerdo No. 155 / Mayo 21 de 2009 Ministerio de Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud

Confiere a:

DIANA OLIVA MURCIA MARTINEZ

Identificado (a) con ...C.C....No....52.476.742.....De.....BOGOTÁ.....

El certificado de Aptitud Ocupacional por competencias como

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Intensidad...1800... Horas

Entregado en Bogotá D,C., A los .....07..... Días del mes de.....DICIEMBRE..... de . 2012

Director

Secretaria

Registro Folio No.-1711 - Del Libro No.-12-

Scanned by CamScanner

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EN SU NOMBRE

INFORSALUD

Instituto de Formación en Salud

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Con autorización oficial según resolución No. 2136 de fecha 24 de febrero de 1997 emanada en la Secretaria de Educación de Bogotá D.C., Ministerio de Salud Acuerdo No. 15 de Octubre 16 de 1995 y Acuerdo No. 9 de Julio 10 de 1996 Secretaría de Educación, Acuerdo No. 155 / Mayo 21 de 2009 Ministerio de Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud

ACTA DE CERTIFICACIÓN

EL DIRECTOR Y LA SECRETARIA GENERAL DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN TÉCNICO LABORAL:

Que en libro de Actas No 12 aparece al Acta No 1711 en la cual se dice que en ceremonia de certificación que tuvo lugar el día 07 DE DICIEMBRE del año 2012 en Bogotá; EL **INSTITUTO DE EDUCACIÓN TÉCNICO LABORAL,** tomó el juramento reglamento y otorgó el certificado de técnico laboral por haber cursado y aprobado el programa de:

TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA

POR COMPETENCIAS LABORALES

A

DIANA OLIVA MURCIA MARTINEZ

Con una intensidad horaria de 1880 horas

Quien presentó la Cédula de Ciudadanía No 52.476.742 de **BOGOTA D.C,** _ cumpliendo con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Reglamentos y normas legales que rigen la institución.

El Acta lleva las firmas de Dr. WILLIAM BAZZANI PRADERE y ANGGIE ALEJANDRA DURAN GARCIA.

En Bogotá, D.C., a los 07 días del mes de DICIEMBRE 2012

Director

Secretaria

Scanned by CamScanner

Acta Individual de Grado

6027
Inscripción S.E. _____
111001012?
DANE _____

COLEGIO DISTRITAL DARIO ECHANDIA JORNADA TARDE

En la ciudad de SANTAFE DE BOGOTA D.C. a los VEINTIOCHO (28) días del mes de NOVIEMBRE del año 1.996

se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la rectoría del COLEGIO DISTRITAL DARIO ECHANDIA JORNADA TARDE

Institución aprobada hasta 1.998 en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por LA SECRETARIA DE EDUCACION D.C. para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad COMERCIAL

según RESOLUCION No. 3523 del PRIMERO (1) de DICIEMBRE de 1.992

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER COMERCIAL, al graduado cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

MURCIA MARTINEZ DIANA OLIVA T.I.# 780401-01232 LIBERTAD(CUND)

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 005 de fecha 11-28 que consta de 95 alumnos que comienza con el nombre de ACERO VARGAS AMPARO,

y se cierra con el nombre de VELANDIA VELANDIA CESAR ALBERTO,

firmado y sellado por JESUS ALONSO TERNERA PEREZ (Rector)

y TERESA MARTINEZ SANCHEZ (Secretario).

Dada en SANTAFE DE BOGOTA D.C. a los VEINTIOCHO días del mes de NOVIEMBRE de 1.996

Firmado y Sellado

El Rector o Director

C.C. No. 19.059.049 BOGOTA

Secretario (a)

C.C. No. 51.57?.07? BOGOTA

DIPLOMA No. _____

FISE-SISTEMAS

Scanned by CamScanner

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

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

DIANA OLIVA MURCIA MARTINEZ

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 52.476.742

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

NIVEL INTERMEDIO - Orientar personas según normativa de salud.

Código: 230101266

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en BOGOTÁ D.C., A los veintiocho (28) días del mes de Julio de dos mil diecisiete (2017)

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

117952 - 28/07/2017
No Y FECHA REGISTRO

VIGENCIA
28 de Julio de 2020

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

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300230101266CC52476742C.

Scanned by CamScanner

FUCS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS

Certifica que:

Diana Oliva Murcia Martínez

C.C. 52.476.742

Asistió en calidad de participante al

CURSO DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN EN ÁREAS DE SALUD

Realizado en Bogotá D.C., Colombia, del 07 al 09 de septiembre de 2016,
con una intensidad de 24 horas.

En constancia firman:

Dr. Sergio Parra Duarte
Rector

Dr. Mauricio Wagner Vásquez
Director Educación Continuada

Educación Continuada

ISO 9001 Icontec SC - CER366083

IQNet

Scanned by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DIANA OLIVA MURCIA MARTINEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 52.476.742

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los trece (13) días del mes de diciembre de dos mil dieciseis (2016)

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

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

41176273 - 13/12/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9403001338327CC52476742C.

Scanned by CamScanner

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

Certifica que

Diana Oliva Murcia Martínez

52.476.742

Aprobó el Curso:

Primer Respondiente para Personal Salud

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

Bogotá – Colombia, 24 de junio de 2016

Sulby Patricia Mc Báin Millán
Subsecretaria de Servicios de Salud y Aseguramiento

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

DUES CRUE

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C 22 Enero 2019

Señores:

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

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

AUXILIAR EN ENFERMERIA
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma DIANA OLIVA MURCIA MARTINEZ

No. de documento: 52476742

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: CL 39 C SUR 82 36.

Teléfono: 3112335665.

Scanned by CamScanner

NIT:830.137.589-6 FUNDACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO ESPECIAL

CERETIFICA

Que la señora **DIANA OLIVA MURCIA MARTINEZ,** identificada con cedula de ciudadanía número 52.476.742 de Bogotá, laboro con la Fundación, desde el 1 de Julio de 2016 al 30 de octubre de 2016 y del 7 de diciembre de 2016 al 14 de marzo de 2017 y del 15 de Marzo de 2017 al 30 de Marzo de 2017, mediante un contrato de Prestación de Servicios, desempeñando el cargo de Auxiliar de enfermería, en el marco del proyecto 721, en el convenio 7578/16, celebrado con la Secretaria Distrital de Integración Social, cuyo objetivo es brindar protección integral a personas mayores de 18 años con discapacidad cognitiva, física o mental, a través de su desarrollo personal, familiar y el fortalecimiento de su participación en redes.

La presente se expide en Bogotá a solicitud de la interesada a los Seis (6) días del mes de Abril de Dos Mil Diecisiete (2017).

Cordialmente,

FUNDACION PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DEL NIÑO ESPECIAL "FUNDINES" NIT 830.137.589-6

ANA VILLADIEGO
Representante Legal.

Sede Administrativa y Terapéutica: Avenida Caracas No. 6 – 11 Sur Teléfono: Celular 3158693921 Telefax: 2895544
e-mail: fundines.col@gmail.com/ fundines@hotmail.com

Scanned by CamScanner

E.S.E
SAN
CRISTÓBAL
NIT. 800216538-0

LA ESE SAN CRISTOBAL

HACE CONSTAR

Que una vez revisados los archivos magnéticos que se encuentran en el área de contratación, se constata que **DIANA OLIVA MURCIA MARTINEZ**, identificado(a) con la **CEDULA DE CIUDADANIA N°52476742 de Bogotá** , suscribió con la ESE San Cristóbal los siguientes órdenes prestación de servicios, con total autonomía e independencia:

No de Contrato	Valor	Fecha Inicial	Fecha Final
No Contrato 1388-2015	$ 1,450,000	2015-03-02	2015-03-31

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD- AUXILIAR DE ENFERMERIA - PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.

OBLIGACIONES: OBLIGACIÓN DE HACER: 1. Prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermeria para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 5. Entregar oportunamente constancia de pago de seguridad social y el respectivo informe mensual de avance en el cumplimiento del contrato. 6. Comunicar al supervisor del contrato con antelación a 15 días calendario al vencimiento del plazo pactado, el deseo de terminar unilateralmente el mismo, en el caso en que no se pueda cumplir con el termino establecido. 7- Dar aplicacion a los subsistemas que componen el sistema Integrado de Gestion adoptados por la ESE Sa Cristobal. 8- Proteger y mantener en estricta reserva la informacion institucional confidencial que conozca por causa o con ocasion del contrato, asi como réspetar la titulaion de los derechos de autor, en relacion con los documentos, obras y creaciones que se desarrollen en ejecución del contrato. 9- Dar estricto cumplimiento al Código de Etica y Buen Gobierno de la ESE San Cristobal en la ejecucion del contrato. 10- No instalar ni utilizar ningun software sin la autorizacion previa y escrita de la oficina de Planeacion y Sistemas de la ESE San Cristobal. Asi mismo, responder y hacer buen uso de los bienes, valores y/o recursos a cargo, hacer entrega de los mismos en el estado en que los recibió, salvo el deterioro normal , o daños ocasionados por el caso fortuito o fuerza mayor. 11- Proyectar respuesta, dentro de los términos de ley, de peticiones verbales o escritas o informes requeridos por entes de control, entes gubernamentales y/o requerimientos internos. 12- Realizar el pago mensual de los portes al régimen de seguridad social, en proporcion al valor mensual del contrato y entregar copia de la planilla correspondiente al supervisor del contrato para cada pago. 13- Entregar al supervisor los documentos (físicos y/o magnéticos) elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales, debidamente organizados, rotulados y almacenados, atendiendo los estándares y directrices de gestión documental, sin que ello implique exoneracion de las responsabilidades a que haya lugar en caso de irregularidades (articulo 15 de la Ley 594 de 2000), así como los informes requeridos sobre las actividades realizadas durante la ejecucion del mismo. 14- Responde por las glosas presentadas que se deriven de un proceso de auditoria, esta se deriva de la revision de glosa de 2010 del FFD

No Contrato 1521-2015	$ 6,219,600	2015-04-01	2015-07-31

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD- AUXILIAR DE ENFERMERIA - PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.

Scanned by CamScanner

OBLIGACIONES: OBLIGACIÓN DE HACER: 1. Prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermeria para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 5. Entregar oportunamente constancia de pago de seguridad social y el respectivo informe mensual de avance en el cumplimiento del contrato. 6. Comunicar al supervisor del contrato con antelación a 15 días calendario al vencimiento del plazo pactado, el deseo de terminar unilateralmente el mismo, en el caso en que no se pueda cumplir con el termino establecido. 7- Dar aplicacion a los subsistemas que componen el sistema Integrado de Gestion adoptados por la ESE Sa Cristobal. 8- Proteger y mantener en estricta reserva la informacion institucional confidencial que conozca por causa o con ocasion del contrato, asi como respetar la titulaion de los derechos de autor, en relacion con los documentos, obras y creaciones que se desarrollen en ejecución del contrato. 9- Dar estricto cumplimiento al Código de Etica y Buen Gobierno de la ESE San Cristobal en la ejecucion del contrato. 10- No instalar ni utilizar ningun software sin la autorizacion previa y escrita de la oficina de Planeacion y Sistemas de la ESE San Cristobal. Asi mismo, responder y hacer buen uso de los bienes, valores y/o recursos a cargo, hacer entrega de los mismos en el estado en que los recibió, salvo el deterioro normal , o daños ocasionados por el caso fortuito o fuerza mayor. 11- Proyectar respuesta, dentro de los términos de ley, de peticiones verbales o escritas o informes requeridos por entes de control, entes gubernamentales y/o requerimientos internos. 12- Realizar el pago mensual de los portes al régimen de seguridad social, en proporcion al valor mensual del contrato y entregar copia de la planilla correspondiente al supervisor del contrato para cada pago. 13- Entregar al supervisor los documentos (fisicos y/o magnéticos) elaborados en cumplimiento de las obligaciones contractuales, debidamente organizados, rotulados y almacenados, atendiendo los estándares y directrices de gestión documental, sin que ello implique exoneracion de las responsabilidades a que haya lugar en caso de irregularidades (articulo 15 de la Ley 594 de 2000), así como los informes requeridos sobre las actividades realizadas durante la ejecucion del mismo. 14- Responde por las glosas presentadas que se deriven de un proceso de auditoria, esta se deriva de la revision de glosa de 2010 del FFD

VALOR ADICIÓN		DIAS ADICIÓN	FIN ADICIÓN
$ 3,109,800		DOS (02) MESES	2015-09-30
No Contrato 2928-2015	$ 3,109,800	2015-10-01	2015-11-30

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD- AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE VIGILANCIA SANITARIA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.

OBLIGACIONES: OBLIGACIÓN DE HACER: 1. Prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermeria para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

No Contrato 3546-2015	$ 1,554,900	2015-12-01	2015-12-31

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD- AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE VIGILANCIA SANITARIA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.

OBLIGACIONES: OBLIGACIÓN DE HACER: 1. Prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermeria para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

No Contrato 76-2016	$ 1,554,900	2016-01-01	2016-01-31

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD- AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE VIGILANCIA SANITARIA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.

OBLIGACIONES: OBLIGACIÓN DE HACER: 1. Prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermeria para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

No Contrato 1011-2016	$ 6,640,668	2016-02-11	2016-06-10

OBJETO: APOYO Y SOPORTE COMO TECNICO SALUD- AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE VIGILANCIA SANITARIA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.

Scanned by CamScanner

E.S.E
SAN
CRISTÓBAL
NIT. 800216538-0

OBLIGACIONES: OBLIGACIÓN DE HACER: 1. Prestar sus servicios como Auxiliar de Enfermería para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito entre el FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que correspondan al objeto y/o actividades contractuales. 3. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Los contratos aquí relacionados, no generan relación Jurídico Laboral entre la Entidad y el Contratista, ni el reconocimiento de Prestaciones sociales, solo la ejecución y prestación de los servicios contratados.

Nota: La información antes relacionada de carácter contractual queda sujeta a las liquidaciones efectuadas o por efectuar, razón por la cual se le sugiere solicitar copia de ellas.

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C., el jueves 25 de agosto del 2016.

Cordialmente,

Virmary Angela Ortiz Herrera
Jefe Asesora Oficina Jurídica

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo a los registros que se encuentran en la Dirección de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.– S.I.S.S.C.O, la señora **DIANA OLIVA MURCIA MARTINEZ**, identificada con CC. N° 52.476.742, presta sus servicios de manera personal y autónoma en el Plan de Intervenciones Colectivas - PIC, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

Nº CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR C-TO
PS 4103 2017	02-05-2017	31-03-2018	$ 16.450.000
PS 3765 2018	09-04-2018	08-06-2018	$ 3.000.000

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

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:
1. Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE. 2. Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos contenidos 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 paneles de mejoramiento de los diferentes estandares de habilitación y acreditación de los servicios de salud. 4. Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los 10 días del mes de abril de 2018.

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

Cordialmente,

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

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

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

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.476.742**

MURCIA MARTINEZ

APELLIDOS

DIANA OLIVA

NOMBRES

Diana Oliva Murcia Martinez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-ABR-1978**

TIBIRITA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58	O+	F
ESTATURA	G S RH	SEXO

24-JUN-1996 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150 00624738-F-0052476742 20140919 0040094568A 1 1513038104

apenas subrede en frontente.

Scanned by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14391703616

(415)7707212489984(8020) 000001439170361 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
52476742	9	Impuestos de Bogotá (32)	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida (2)	Cédula de ciudadanía (13)	52476742	1996/06/24

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MURCIA	MARTINEZ	DIANA	OLIVA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CL 39 C SUR 82 36 AP 100 BRR LLANO GRANDE

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
diana.o.murcia@hotmail.com		3112335665	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	2013/02/04						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2016/10/04

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: OSORIO CARBALLO MARIA YINETH
985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 04-10-2016 11:05:01AM

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 04-10-2016
Hora: 11:20:02 AM

CONTRIBUYENTE NIT 52476742-9 DIANA OLIVA MURCIA MARTINEZ

Información General

Dirección CL 39C SUR 82 36 AP 100

Teléfonos 3112335665

Dirección electrónica diana.o.murcia@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 18/03/2013

Soporte Inscripción 15361703

Fecha Inicio Actividades 04/02/2013

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001213667

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

Scanned by CamScanner



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

DIANA OLIVA
MURCIA MARTINEZ
C.C. 52476742

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 15/03/2013

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No **923** *de* **01/02/2013**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MURCIA MARTINEZ DIANA OLIVA Identificado(a) con CC número 52476742 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por EL INSTITUTO DE EDUCACION INFORSALUD el día 07/12/2012.

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a MURCIA MARTINEZ DIANA OLIVA identificado(a) con CC número 52476742 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **01/02/2013**

ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.
Reviso . Andrea Casas Vargas.
Elaboro : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C 15 de marzo 2013
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) DIANA OLIVA MURCIA MARTINEZ
CC. # 52.476.742 Bogotá

Firma DIANA OLIVA MURCIA MARTINEZ

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

ISO 9001 Icontec NTCGP 1000 Icontec

BOGOTÁ HUMANA

Scanned by CamScanner

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *: Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *: 52476742

Primer Nombre *: DIANA

Primer Apellido *: MURCIA

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2019-01-23--10:14:23 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	52476742	DIANA	OLIVA	MURCIA	MARTINEZ	Ver

Información Detallada [CC: 52476742] DIANA OLIVA MURCIA MARTINEZ

2019-01-23--10:14:23 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2013/2/01	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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



inicio

Acceso del vacunador

ingresar

Volver

1 of 2 ? Find | Next

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: martes, 22 de enero de 2019 10:08 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	52478742
Nombres y Apellidos	DIANA OLIVA MURCIA MARTINEZ		
Fecha de nacimiento:	01/04/1978		

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				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	02/06/2012	Engerix B Adultos	035B1009	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO
	Segunda dosis	04/08/2012	Engerix B Adultos	035B1009	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO
	Tercera dosis	15/12/2017	Engerix B Adultos	034Q5003BE - 31 MAYO 2018	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE - RAFAEL URIBE URIBE
Influenza	Única	14/07/2018	Vaxigrip	R3B44	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL SAN CRISTOBAL
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	14/07/2018	Sarampión -Rubéola	012N7186	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL SAN CRISTOBAL
Td	Primera dosis	13/03/2008	Tetavax		UPA 10 CENTRO GEDIATRICO -ABASTOS
	Tercera dosis	14/04/2008	Tetavax		UPA 10 CENTRO GEDIATRICO -ABASTOS
	Cuarta dosis	03/05/2012	Toxoide Tetánico y diftérico	1203501	UPA 10 CENTRO GEDIATRICO -ABASTOS
	Quinta dosis	10/07/2012	Toxoide Tetánico y diftérico	024L9011C	UPA 10 CENTRO GEDIATRICO -ABASTOS
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				



EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

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

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

Nit 830 015 894-4



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 23 / 3 / 2017

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

NOMBRES: DIANA OLIVA MURCIA MARTINEZ C.C. 52.476.742 EDAD: 38 SEXO M F

EMPRESA: FUNDINES CARGO AUXILIAR DE ENFERMERIA Tel.: Cel. 3112335665

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

	NORMAL	ANORMAL
Valoración Medica Laboral	X	
Espirometria		
Audiometria		
Visiometria		
Optometria		
Electrocardiograma		
Psicología Laboral		
Radiología: Tunel Carpo		
Columna		
Torax		

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

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

	NORMAL	ANORMAL
Cuadro Hematico IVG		
Glicemia		
Colesterol		
Triglicerios		
Serologia		

	NORMAL	ANORMAL
Parcial de Orina		
RH - Grupo Sanguineo		
Varios		

	NORMAL	ANORMAL
KOH - Uñas		
Frotis Faríngeo		
Coprologico		

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

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

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

Examen PERIODICO satisfactorio SI [—] NO [—]

Examen de EGRESO satisfactorio SI [—] NO [—]

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO *(De Lectura Obligatoria)*

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

Nestor Barzon Rodriguez
Medico Especialista
Salud Ocupacional U.H.
Licencia 3666 S.D.S.

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RM

Firma Trabajador

Diana Oliva Murcia Martinez

C.C. No. 52476742

Huella I.D.

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

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

Scanned by CamScanner

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

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

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

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	22/01/19	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Bogotá

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MURUA	MARTINEZ	DIANA	OLIVA

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐	52476742	Bogotá	1996/06/24
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
01/04/1978	Tibirita.	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	2.	2	3112335665

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	TECNOLOGO ☐	BACHILLER ☐	OTRO ☐	PRIMARIA ☐	TECNICO ☒	CUAL:	Auxiliar de Enfermeria

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
cl 39 c sur 82-36	Bogotá	Bogotá	colombia	9035975

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
diana.o.murua@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

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☐ CE ☐ RC ☐ 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					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	Digitar el codigo del rut	8692
		NO ☒	ICA	SI ☒	NO ☐	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA: ☐

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

Scanned by CamScanner

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA					# NIT
GOBIERNO [ ]	SERVICIOS [ ]	SALUD [X]			900959051-7

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
06 34 5 43	3444484	Bogotá	Bogotá	Colombia

CARGO ACTUAL	Auxiliar de Enfermería	FECHA VINCULACION	

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	800.000 $ 0	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	46-000000
HONORARIOS	1550.000 $ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	1550000	TOTAL EGRESOS	800000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	46000000

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

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Castañeda	Buitrago	Sandra	Milena
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
KR 3 6 Este 18 28Sur	Bogota.	Amiga.	3202058241

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda.	Cuenta de Ahorros	008400725409	20 de Julio	3383838

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

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIA [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] OTRA [ ] CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Digite su profesión Auxiliar de Enfermería.

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitire que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Asi mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informare 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 informacion que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Scanned by CamScanner

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail surlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude ***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***

9.AUTORIZACION. 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 informacion por favor visite (www subredcentrooriente gov co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES"

IX. FIRMA Y HUELLA

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

DIANA OLIVA NUREA MARTINEZ

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Scanned by CamScanner

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DIANA OLIVA MURCIA MARTINEZ identificado(a) con CC 52476742 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**02/08/2015**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM SOACHA**
Categoría:	**A**

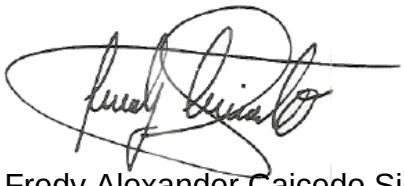
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 23 días del mes de enero del año 2019 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

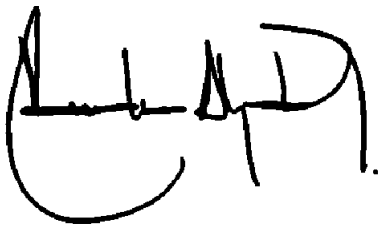
EPS FAMISANAR S.A.S.

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **DIANA OLIVA MURCIA MARTINEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **52,476,742**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de Enero de 2019.



_____
Gerente de Clientes

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

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

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52476742	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

DIANA	OLIVA	MUREIA	MARTINEZ
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

01/04/1978	TIBIRITA.	CL 39 C SUR #82-36	.
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

FAMISANAR	PORVENIR	$ 2.550.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

AUXILIAR DE ENFERMERIA	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

diaom455@gmail.com	3112335665.
Correo Electrónico	Celular

DIANA OLIVA MUREIA MARTINEZ	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 121026772

WEB
21:05:32

Bogotá DC, 21 de enero del 2019

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIANA OLIVA MURCIA MARTINEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52476742:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 21 de enero de 2019, a las 21:11:24, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	NIT
No. Identificación	52476742
Código de Verificación	52476742190121211124

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2712801

Bogotá D.C., 21 de Enero de 2019 - 21:09 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 OLIVA MURCIA MARTINEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS CUARENTA Y DOS** de BOGOTÁ, D.C.

52476742

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_QT2FK_0921
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 21:16:41 horas del 21/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52476742**
Apellidos y Nombres: **MURCIA MARTINEZ DIANA OLIVA**

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.

A QUIÉN INTERESE

BOGOTA D.C., **25/04/2017**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA.
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DIANA OLIVA MURCIA MARTINEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **52476742**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550008400725407**
Fecha de apertura	**27/02/2015**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner