



Buscar por proceso

Menú

## Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones DANIELA FERNANDA OSUNA DIAZ,

DANIELA FERNANDA OSUNA DIAZ con el NIT 1024542970 creó su

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 »

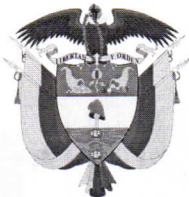
[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 11:02:03



Buscar...

Id de página: 14601761 [Ayuda](#) ?



# 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: 12-dic-2018

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>OSUNA                                                                                                                 | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>DIAZ                             | NOMBRES<br>DANIELA FERNANDA                                                                                                                                        |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1024542970 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                              |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____                       |                                                                    |                                                                                                                                                                    |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 18 MES AGO AÑO 1993<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.                 |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>c/le 62 a sur n 73 c 21<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7183030<br>EMAIL dakaperi14_@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° | 11°   | MES                        | DICIEMBRE | AÑO | 2010 |

### EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

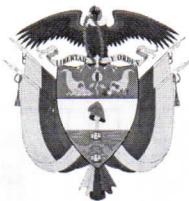
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

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 | TEMINACIÓN | No. DE TARJETA |
|-----------|---------------|----------|------------------------|------------|----------------|
| ACADÉMICA | APROBADOS     | SI NO    | O TÍTULO OBTENIDO      | MES AÑO    | PROFESIONAL    |
| TC        | 3             | X        | Auxiliar de enfermería | 7 2016     | 10543          |



# 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: 12-dic-2018

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| EMPLEO O CONTRATO                                     |                      |                            |                 |
|-------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------|-----------------|
| EMPRESA O ENTIDAD                                     | PÚBLICA              | PRIVADA                    | PAÍS            |
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE | X                    |                            | Colombia        |
| DEPARTAMENTO                                          | MUNICIPIO            | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                 |
| Bogotá D.C.                                           | Bogotá D.C.          |                            |                 |
| TELÉFONOS                                             | FECHA DE INGRESO     |                            | FECHA DE RETIRO |
| 3282828                                               | DÍA 1 MES 3 AÑO 2018 |                            | DÍA MES AÑO     |
| CARGO O CONTRATO                                      | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                  |                 |
| AUXILIAR DE ENFERMERIA                                | HOSPITALIZACION      | CRA 14 #1B-45              |                 |

## 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    | 0                     | 0     |
| PRIVADO    | 0                     | 0     |
| PARTICULAR | 0                     | 0     |
| TOTAL      | 0                     | 0     |

## 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).

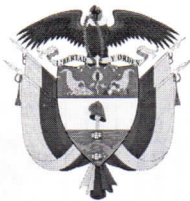
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá, 12 dic 18

Daniela Osuna

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.

**SIDEAP**  
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

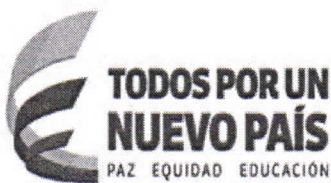


Última Actualización: 12-dic-2018

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.  
**SIDEAP**  
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA  
Última Actualización: 17-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, daniela fernanda osuna diaz

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1024542970 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección clle 62 a sur n 73 c 21

Teléfonos 3057504825 7183030

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS    | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|------------------------|------------------------|------------|
| mariana correall osuna | 1027529440             | HIJO(A)    |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ☒ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☐

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

| CONCEPTO                            | VALOR            |
|-------------------------------------|------------------|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | \$ 18.000.000,00 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS  | \$ 0,00          |
| GASTOS DE REPRESENTACION            | \$ 0,00          |
| ARRIENDOS                           | \$ 0,00          |
| HONORARIOS                          | \$ 0,00          |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS             | \$ 0,00          |
| TOTAL                               | \$ 18.000.000,00 |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA       | SALDO DE LA CUENTA |
|--------------------|----------------|---------------------|-------------------------|--------------------|
| banco davivienda   | AHORROS        | 848400035223        | metro sur autopista sur | \$ 0,00            |

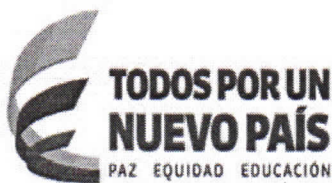
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

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

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



## 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: 17-dic-2018

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 |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| michael alejandro caballero sanchez | C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> | 1024569571       |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

## 3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 17-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



*La República de Colombia*  
*Ministerio de Educación Nacional*  
*y en su nombre el*

# **Colegio Tecnisistemas**

*Autorizado por la Secretaría de Educación Distrital, según*  
*Resolución N° 616 del 26 de Febrero de 2004*

*Teniendo en cuenta que*

**Daniela Fernanda Osuna Díaz**

Identificado (a) con T.I. N° 930818-05499 de Bogotá, D.C.

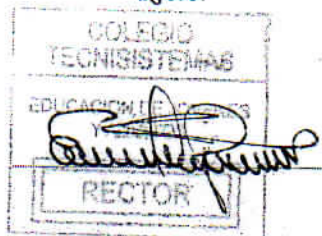
*Cursó y aprobó los ciclos correspondientes a la Educación Básica Secundaria*  
*y a la Educación Media Académica de acuerdo a lo establecido en el*  
*Decreto 3011 del 19 de Diciembre de 1997*

*Le confiere el Título de*

## **Bachiller Académico**



Rector



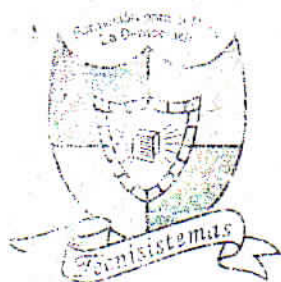
Secretaria



Anotado en el Libro Interno de Registro de Diplomas N° 02 Folio N° 02

*No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos No. 921*  
*del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional,*  
*y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República.*

Dado en Bogotá, D.C., a los 11 días del mes de Diciembre del año 2010



## ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

# Colegio Tecnisistemas

### Educación Formal de Adultos

Código Icfes 079848

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 11 días del mes de Diciembre del año 2010, se reunió el Consejo Directivo, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del Ciclo II de Media correspondiente al Curso Undécimo de las jornadas Mañana, Noche y Sábados en la Rectoría del COLEGIO TECNISISTEMAS, Institución aprobada hasta Nueva Vista en el Nivel de Educación Básica Secundaria y Media Académica y Autorizada por la SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DISTRITAL, según Resolución N° 616 del 26 de Febrero de 2004 para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica.

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

### TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO

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

**Daniela Fernanda Osuna Díaz**

Identificado (a) con T.I. N° 930818-05499 de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General N° 070 de fecha 11 de Diciembre del año 2010, que consta de 124 estudiantes; que comienza con el nombre de ACEVEDO GÓMEZ LAURA LISFET y se cierra con el nombre de ZAPATA ORTIZ KELLY JULIETH.

Firmada por **ERNESTO PARRA HERRERA**  
**DORA HELENA SÁNCHEZ CORREDOR**

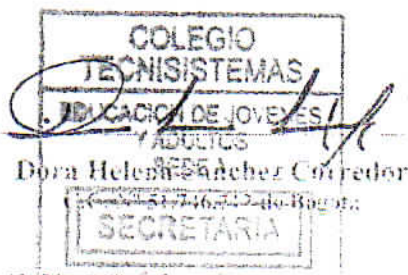
Rector y  
Secretaría

Dada en Bogotá, D.C., a los 11 días del mes de Diciembre del año 2010

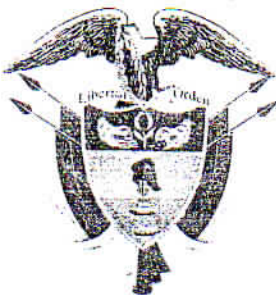
SIGNADA Y SELLADA

Rector

Secretaría



REPÚBLICA DE COLOMBIA



CENTRO DE CAPACITACIÓN EN SALUD  
**UNISALUD**

SEDE BOGOTÁ D.C.  
EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO.

APROBADO POR LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE BOGOTÁ D.C. LICENCIA 3623,  
RESOLUCIÓN No. 06194 DE OCTUBRE 2 DE 1985 REFRENDADA POR LA RESOLUCIÓN No. 15-004  
DE FEBRERO 2 DE 2011, RESOLUCIÓN 15-022 DE OCTUBRE 17 DE 2014 Y POR EL  
MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL ACUERDO NO. 147 DE MAYO 21 DE 2009

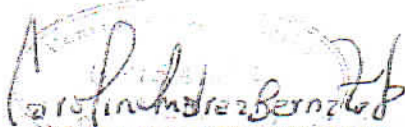
OTORGA EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL  
POR COMPETENCIAS COMO TÉCNICO LABORAL EN  
AUXILIAR EN ENFERMERÍA A;

*Daniela Fernanda Osuna Diaz*

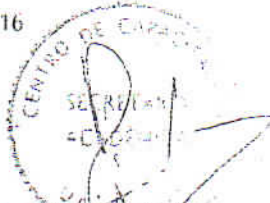
C.C. 1.024.542.970 de Bogotá D.C.

POR HABER CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA, CON  
UNA INTENSIDAD DE 1800 HORAS

BOGOTÁ, D.C. 30 DE JULIO DE 2016

  
ANDREA-BERNATE GUTIERREZ  
Directora



  
FEDERICO DIAZ QUINTERO  
Secretario Académico

REGISTRO EN EL FOLIO No. 31 DEL LIBRO DE CERTIFICADOS No. 3

Centro de capacitación en Salud



Constituida desde 1981, con licencia 3523 de la S.E.D. y resolución 06194 del 27 de Octubre de 1985 y Acuerdo No. 02-0042 y ratificada por Acuerdos del Ministerio de la Protección Social No. 147 y 0412 del 13 de Noviembre de 2009, conforme a nuevos perfiles ocupacionales de salud y resolución No. 2128 de la S.E.D.

## ACTA No. 13

En el Auditorio del Teatro Antonio Nariño de esta ciudad, en acto presidido por la Directora del Centro de Capacitación en salud **UNISALUD** y en presencia del cuerpo de profesores, previo juramento de rigor, se le hizo entrega del certificado de:

APTITUD OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS COMO

TECNICO LABORAL EN:

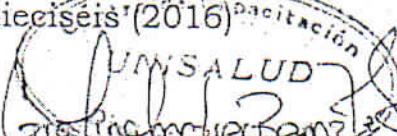
**AUXILIAR EN ENFERMERIA**

**A: DANIELA FERNANDA OSUNA DIAZ**

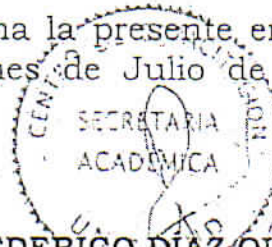
Con cédula de ciudadanía número 1.024.542.970 de Bogotá D.C

Quien culminó satisfactoriamente el programa, con intensidad de 1.800 horas

En testimonio de lo anterior se firma la presente, en Bogotá D.C. a los treinta (30) días del mes de Julio de dos mil dieciséis (2016)

  
**UNISALUD**

**ANDREA BERNATE GUTIERREZ**  
Directora

  
CENTRO DE CAPACITACIÓN EN SALUD  
SECRETARIA  
ACADEMICA

**FEDERICO DIAZ QUINTERO**  
Secretario Académico

 UnisaludEdu  UnisaludEdu

PBX: 323 1010 - 372 9196

E-mail: unisalud@unisalud.edu.co

www.unisalud.edu.co

SEDES:

CHAPINERO

Calle 50 # 16 - 39.

RESTREPO

Carrera 19 - 198 - 39 Sur.

Bogotá - Colombia.

Bogotá D.C.

Señores:

Unisalud

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Daniela Fernanda Osuna Diaz 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:

Técnico laboral Auxiliar de enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Daniela Osuna

No. de documento:

1024542970

Tarjeta profesional No:

10543

Dirección de contacto:

Clle 62 A Sur # 73 C 21

Teléfono:

3057504825

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.542.970  
OSUNA DIAZ

APELLIDOS  
DANIELA FERNANDA

NOMBRES

*Daniela Fernanda Osuna P.*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-AGO-1993  
BOGOTA D.C  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

O+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

19-AGO-2011 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00336269-F-1024542970-20110917

0028100780A 1

36820143

2. Concepto **02** Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14451132197



(415)7707212489984(8020) 0000014451132197

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 2 4 5 4 2 9 7 0

6. DV

3

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 2 4 5 4 2 9 7 0

27. Fecha expedición:

2 0 1 1 0 8 1

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0

31. Primer apellido

OSUNA

32. Segundo apellido

DIAZ

33. Primer nombre

DANIELA

34. Otros nombres

FERNANDA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

**UBICACION**

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0

41. Dirección principal

CL 62 A SUR 73 C 21 BRR PERDOMO

42. Correo electrónico:

danidiaz123@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

45. Teléfono 2:

**CLASIFICACION**

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 8 0 1 1 7

Actividad secundaria

48. Código:

8 2 9 9

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 4 0 2 0 4

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código

1 2

52. Número establecimientos

1 2

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

53. Código:

1 2

**12- Ventas régimen simplificado**

**Obligados aduaneros**

54. Código:

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

**Exportadores**

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 8 0 1 1 7

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:

*Daniela Osuna Díaz*

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

984. Nombre GUARIN GUTIERREZ MARY LUCY

985. Cargo: Gestor I



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS  
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 17-01-2018

Hora: 3:02:38 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE CC 1024542970 DANIELA FERNANDA OSUNA DIAZ

**Información**

*Dirección* CL 62A SUR 73C 21 BRR  
*Teléfonos* 3058165306  
*Dirección* DANIDIAZ123@HOTMAIL.COM  
*Fax*

**Información de**

*Fecha inscripción* 17/01/2018  
*Soporte inscripción* 20936085  
*Fecha Inicio Actividades* 17/01/2018  
*# 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*



Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

Kr 30 24 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C.



ALCALDIA MAYOR  
DE BOGOTÁ

## Resolución No 10543 de 06/09/2016

### Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

#### LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 por el cual modifica parcialmente el Decreto 1676 de 1994 y Resoluciones 8211 de julio de 1989 y 449 de febrero 8 de 1993 del ministerio de Salud y, Resolución No 001390 del 10 de marzo de 1997, Ley 1164 de 2007, Resolución 3030 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

#### CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) OSUNA DIAZ DANIELA FERNANDA identificado(a) con CC número 1024542970 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por EL CENTRO DE CAPACITACION EN SALUD UNISALUD. el día 30/07/2016.

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

En virtud de lo expuesto este Despacho,

#### RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a OSUNA DIAZ DANIELA FERNANDA identificado(a) con CC número 1024542970 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, el profesional quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

#### COMUNIQUESE. Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 06/09/2016

Original Firmado por:

Anabelle Arbelaez Vélez

ANABELLE ARBELAEZ VELEZ.

Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Revisó: Sebastian Quiroz L.  
Ejecutor: Victor Sánchez

Bogotá, D.C. 10 de Septiembre de 2016.  
A la fecha notifiqué personalmente al  
señor (a) Daniela Fernanda Osuna Diaz  
CC. # 1024542970  
Firma Daniela Osuna

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



BOGOTÁ  
MEJOR  
PARA TODOS

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 \*

1024542970

Primer Nombre \*

daniela

Primer Apellido \*

osuna

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-17→10:30:22 AM

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Detalles            |
|---------------------|---------------------|---------------|----------------|-----------------|------------------|---------------------|
| CC                  | 1024542970          | DANIELA       | FERNANDA       | OSUNA           | DIAZ             | <a href="#">Ver</a> |

| VACUNA        | DOSIS | FECHA APLICACIÓN | LOTE No. | FIRMA |
|---------------|-------|------------------|----------|-------|
| F. AMARILLA   | 1     |                  |          |       |
| NEUMOCOCO     | 1     |                  |          |       |
| DPT. ACELULAR | 1     |                  |          |       |
| F. TIFOIDEA   | 1     |                  |          |       |
| OTRAS VACUNAS |       |                  |          |       |
|               |       |                  |          |       |
|               |       |                  |          |       |
|               |       |                  |          |       |

# CARNET DE VACUNACION

Centro Especializado en Vacunación

Nº 5887



## IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida  
NIT.900.394.707-3 - COD. DEL PRESTADOR 110012180401

Nombre:

Daniela Fernanda Olaya Diaz

Identificación:

1029.547.970

Teléfono:

3224059115 F.N. 18/08/83

Carrera 18C No. 26A-08 Sur B. Olaya - Tel: 408 21 80  
Cel: 321 322 90 92 - WWW.vacunarcolombia.com

Vacunando Superolvidos

| VACUNA       | DOSIS | FECHA APLICACIÓN | LOTE No.        | FIRMA |
|--------------|-------|------------------|-----------------|-------|
| HEPATITIS B  | 1     | 08 OCT. 2015     | HEPAVAX 1434018 |       |
|              | 2     | 09 NOV 2015      | HEPAVAX 1434018 |       |
|              | 3     | 09 DIC 2015      | HEPAVAX 1434018 |       |
|              | R     | 16 ENE 2016      | HEPAVAX 1434018 |       |
| HEPATITIS A  | 1     |                  |                 |       |
|              | 2     |                  |                 |       |
| TRIPLE VIRAL | 1     |                  |                 |       |
|              | 2     |                  |                 |       |

| VACUNA                        | DOSIS | FECHA APLICACIÓN | LOTE No.                  | FIRMA |
|-------------------------------|-------|------------------|---------------------------|-------|
| VARICELA                      | 1     | 17-05-16         | 14134018                  |       |
|                               | 2     |                  |                           |       |
| INFLUENZA                     | 1     |                  |                           |       |
| TOXOIDE TETANICO DIFTERICO TD | 1     | 08 OCT. 2015     | TOXOIDE TETANICO 16014001 |       |
|                               | 2     | 09 NOV 2015      | TOXOIDE TETANICO 16014001 |       |
|                               | 3     | 16 ENE 2016      | TOXOIDE TETANICO 16014001 |       |
|                               | 4     | 16 ENE 2016      | TOXOIDE TETANICO 16014001 |       |
|                               | 5     |                  |                           |       |

## CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR  
PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐  
NOMBRE Y APELLIDO: DANIELA FERNANDA OSUNA DIAZ  
EDAD 24 Años SEXO F CARGO A DESEMPEÑAR AUXILIAR DE ENFERMERIA  
FECHA 16/01/2018 14:08:02  
C.C 1024542970



### 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 diagnostico

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

### OBSERVACIONES

CONTROL EPS- USO EPP

### 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

*Daniela Osuna*

FIRMA DEL PACIENTE



Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07  
Tel: 2784705

*[Signature]*  
Dr. JHON A. PEREZ  
Médico Cirujano  
Esp. Salud Ocupacional  
Lic. S.O 7344-14 U.M.B.

FIRMA DEL ESPECIALISTA

**CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS  
Y EMERGENCIAS**

**S.O.S**

Educación Informal de acuerdo a decreto 4004 de 2009 Ministerio de Educación  
Nacional

**CERTIFICA QUE:**

**DANIELA FERNANDA OSUNA DIAZ**

**C.C. 1.024.542.970**

**ASISTIO AL CURSO**

**ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS  
DE VIOLENCIA SEXUAL**

El curso fue desarrollado en las sedes de la Universidad de la Salle, en Bogotá D.C., los días 20 y 21 de marzo de 2018.  
El curso fue desarrollado en las sedes de la Universidad de la Salle, en Bogotá D.C., los días 20 y 21 de marzo de 2018.  
El curso fue desarrollado en las sedes de la Universidad de la Salle, en Bogotá D.C., los días 20 y 21 de marzo de 2018.

**CON UNA DURACIÓN DE 20 HORAS**

El curso fue desarrollado en las sedes de la Universidad de la Salle, en Bogotá D.C., los días 20 y 21 de marzo de 2018.  
El curso fue desarrollado en las sedes de la Universidad de la Salle, en Bogotá D.C., los días 20 y 21 de marzo de 2018.

**CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS  
Y EMERGENCIAS**

**S.O.S**

**Paola M. Vieda**

**Directora**

**David Londoño**

**Sub Dirección Académica**



**Cruz Roja Colombiana**  
Bogotá - Cundinamarca

**INSTITUTO DE FORMACIÓN PARA EL  
TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO**

Licencia N° 5733 de Diciembre 1994

**CURSO SOPORTE VITAL BÁSICO**  
**INTENSIDAD 20 HORAS**

**DANIELA FERNANDA OSUNA DIAZ**

Nº de identificación 1.024.542.970

18 de marzo de 2018  
Fecha de inicio

20 de marzo de 2018  
Fecha terminación

**ESTE CARNE NO AUTORIZA AL PORTADOR PARA ACTUAR  
EN CIRCUNSTANCIA ALGUNA A NOMBRE DE LA  
CRUZ ROJA COLOMBIANA**

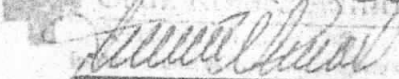
Para verificar esta tarjeta  
favor comunicarse al 428-1111 Ext. 082  
citando este número

**CDM1-028-018-15 Acta 158**

Ciudad y País : **BOGOTA - COLOMBIA**

Centro de Capacitación : **Cruz Roja Seccional Cundinamarca y Bogotá**

Director Departamento : **MD. Rafael A. Fléischer F.**



Firma del Coordinador Curso

**DIRECCIÓN**

Firma del Portador

|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Centro Oriente E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                             | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.<br>ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO<br>FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL |                                                                                                                        | CÓDIGO: ET-CA-FT-011<br>VERSIÓN: 02<br>FECHA: 2017-08-22           |                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                        |                                                                    |                                                                    |
| FECHA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 13-12-18                                                                                                                    | CIUDAD:                                                                                                                                                                                        | Bogotá                                                                                                                 | DEPARTAMENTO:                                                      | Cundinamarca                                                       |
| Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario les permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo. |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                        |                                                                    |                                                                    |
| CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                        |                                                                    |                                                                    |
| PROVEEDOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>                                                                                                    | PARTICULAR                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                                                               | CONTRATISTA OPS                                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                                |
| SERVIDOR PUBLICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                                                    | OTRO                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                                                               | CUAL:                                                              |                                                                    |
| 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                        |                                                                    |                                                                    |
| PRIMER APELLIDO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SEGUNDO APELLIDO:                                                                                                           | PRIMER NOMBRE                                                                                                                                                                                  | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                         |                                                                    |                                                                    |
| Oseuna                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Diaz                                                                                                                        | Daniela                                                                                                                                                                                        | Fernanda                                                                                                               |                                                                    |                                                                    |
| TIPO DE IDENTIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | No IDENTIFICACION                                                                                                           | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)                                                                                                                                                            | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)                                                                                          |                                                                    |                                                                    |
| C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1024542470                                                                                                                  | Bogotá                                                                                                                                                                                         | 19-Agosto-2019                                                                                                         |                                                                    |                                                                    |
| PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                             | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                   |                                                                                                                        |                                                                    |                                                                    |
| FECHA NACIMIENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)                                                                                         | PAIS NACIMIENTO                                                                                                                                                                                | NACIONALIDAD:                                                                                                          |                                                                    |                                                                    |
| 18 Agosto 93                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | bogotá                                                                                                                      | colombiana                                                                                                                                                                                     | Colombiana                                                                                                             |                                                                    |                                                                    |
| ESTADO CIVIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PERSONA A CARGO                                                                                                             | NUMERO DE HIJOS                                                                                                                                                                                | TELEFONO CELULAR                                                                                                       |                                                                    |                                                                    |
| SOLTERO(A) <input checked="" type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> UNION LIBRE <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1                                                                                                                           | 1                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        |                                                                    |                                                                    |
| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                        | PROFESION / OFICIO                                                 |                                                                    |
| MAGISTRE <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO TECNOLÓGICO <input type="checkbox"/> BACHILLER OTRO <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> TECNICO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CUAL:                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                        | Auxiliar de enfermería                                             |                                                                    |
| DIRECCION RESIDENCIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | CIUDAD RESIDENCIA                                                                                                           | DEPARTAMENTO:                                                                                                                                                                                  | PAIS RESIDENCIA:                                                                                                       | TELEFONO RESIDENCIA                                                |                                                                    |
| Cle 62 Agua # 73 C 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Bogotá                                                                                                                      | Cundinamarca                                                                                                                                                                                   | colombiana                                                                                                             | 7183030                                                            |                                                                    |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | PORTAL O PAGINA INTERNET                                                                                                    | TIPO DE VIVIENDA                                                                                                                                                                               |                                                                                                                        |                                                                    |                                                                    |
| dakoperu000@gmail.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                             | PROPIA <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> ARRENDADA <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                |                                                                                                                        |                                                                    |                                                                    |
| DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CIUDAD:                                                                                                                     | DEPARTAMENTO:                                                                                                                                                                                  | PAIS:                                                                                                                  | TELEFONO/TAX                                                       |                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                        |                                                                    |                                                                    |
| 2. DATOS DEL CONYUGE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                        |                                                                    |                                                                    |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SEGUNDO APELLIDO:                                                                                                           | PRIMER NOMBRE                                                                                                                                                                                  | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                         |                                                                    |                                                                    |
| Caballero                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Sanchez                                                                                                                     | Michael                                                                                                                                                                                        | Alejandro                                                                                                              |                                                                    |                                                                    |
| TIPO DE IDENTIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NUMERO IDENTIFICACION                                                                                                       | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)                                                                                                                                                            | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)                                                                                          |                                                                    |                                                                    |
| C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/> NUIP <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1024569571                                                                                                                  | bogotá                                                                                                                                                                                         | 2014-04-7                                                                                                              |                                                                    |                                                                    |
| PASAPORTE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CUAL:                                                                                                                       | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                   | NACIONALIDAD:                                                                                                          | colombiano                                                         |                                                                    |
| 3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                        |                                                                    |                                                                    |
| ASALARIADO <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> PROFESIONAL INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> CONTRATISTA <input checked="" type="checkbox"/> EMPLEADO SOCIO <input type="checkbox"/> | HOGAR COMERCiante <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                     | PENSIONADO <input type="checkbox"/> EMPLEADO PUBLICO <input checked="" type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> | CUAL: Policia                                                      |                                                                    |
| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | DECLARA RENTA                                                                                                               | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                             | IVA                                                                                                                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                | ICA                                                                                                                    | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | 8892                                                               |
| GRAN CONTRIBUYENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                          | AGENTE RETENEDOR                                                                                                                                                                               | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                     | AGENTE AUTORETENEDOR                                               | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                      |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Centro Oriente E.S.E.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b><br><b>ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO</b><br><b>FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL</b> |                       | CÓDIGO: ET-CA-FT-011<br>VERSIÓN: 02<br>FECHA: 2017-08-22                                                             |               |
| FUNCIONARIO PÚBLICO<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                | ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                 |                       | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA<br>Subred Centro Oriente Hospital Santa Clara |               |
| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA<br>GOBIERNO <input type="checkbox"/> COMERCIAL <input type="checkbox"/> SERVICIOS <input type="checkbox"/> LUD <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                | #NIT<br>9009590517                                                                                                                                                                                                 |                       |                                                                                                                      |               |
| EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> AGRICOLA <input type="checkbox"/> ENERGETICA <input type="checkbox"/> FINANCIERA <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> TELECOMUNICACIONES <input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                | OTRA <input type="checkbox"/> CUAL: X                                                                                                                                                                              |                       |                                                                                                                      |               |
| DIRECCION DE LA EMPRESA<br>Cia MHB-45                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                | TELEFONO<br>3282828                                                                                                                                                                                                |                       | CIUDAD/MUNICIPIO<br>Bogotá                                                                                           |               |
| CARGO ACTUAL<br>Auxiliar Enfermero                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                | DEPARTAMENTO<br>Cundinamarca                                                                                                                                                                                       |                       | PAIS<br>Colombia                                                                                                     |               |
| 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                                                                                                              |               |
| SALARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                | GASTOS FAMILIARES                                                                                                                                                                                                  |                       | AHORROS                                                                                                              |               |
| HONORARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                | ARRIENDOS                                                                                                                                                                                                          |                       | INVERSIONES                                                                                                          |               |
| ARRIENDOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                | CUOTA VEHICULO                                                                                                                                                                                                     |                       | VEHICULOS                                                                                                            |               |
| COMISIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                | CUOTA VIVIENDA                                                                                                                                                                                                     |                       | PROPIEDADES                                                                                                          |               |
| OTROS INGRESOS*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                | OTROS EGRESOS*                                                                                                                                                                                                     |                       | OTROS ACTIVOS*                                                                                                       |               |
| TOTAL INGRESOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                | TOTAL EGRESOS                                                                                                                                                                                                      |                       | TOTAL ACTIVOS                                                                                                        |               |
| DESCRIPCION OTROS INGRESOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                | DESCRIPCION OTROS EGRESOS                                                                                                                                                                                          |                       | DESCRIPCION OTROS PASIVOS                                                                                            |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                      |               |
| 6. REFERENCIAS PERSONALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                |                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                      |               |
| (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                |                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                      |               |
| PRIMER APELLIDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                | SEGUNDO APELLIDO                                                                                                                                                                                                   |                       | PRIMER NOMBRE                                                                                                        |               |
| Lancheros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                | Niño                                                                                                                                                                                                               |                       | Yiset                                                                                                                |               |
| DIRECCION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                | CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS                                                                                                                                                                                           |                       | TIPO RELACION                                                                                                        |               |
| K11 2 Este # 22 A 23                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                | Cundinamarca                                                                                                                                                                                                       |                       | Compañera                                                                                                            |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                                                                                                                                                                                                                    |                       | TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR                                                                                  |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                                                                                                                                                                                                                    |                       | 3123094027                                                                                                           |               |
| 7. REFERENCIA FINANCIERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                      |               |
| NOMBRE ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                | TIPO DE PRODUCTO                                                                                                                                                                                                   |                       | NUMERO                                                                                                               |               |
| Banco Doviviendo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                | Ahorros                                                                                                                                                                                                            |                       | 48840003523                                                                                                          |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                                                                                                                                                                                                                    |                       | metros: Antioquia                                                                                                    |               |
| MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                      |               |
| NOMBRE ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                | TIPO DE PRODUCTO                                                                                                                                                                                                   |                       | NUMERO                                                                                                               |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                      |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                                                                                                                                                                                                                    |                       | PAIS/CIUDAD                                                                                                          |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                                                                                                                                                                                                                    |                       | MONEDA                                                                                                               |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                                                                                                                                                                                                                    |                       | MONTO PROMEDIO                                                                                                       |               |
| DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                |                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                      |               |
| IMPORT <input type="checkbox"/> EXPORTACION <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/> PRESTAMOS <input type="checkbox"/> PAGO SERVICIOS <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/> 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 entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                      |               |
| Apoyo a la gestión como auxiliar de enfermería                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                      |               |
| 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, complemento 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, complemento 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 mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. |                |                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                      |               |
| 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/Contratistas por OPS:** Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

**Socios Empresas:** Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los 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 conceptos de ingreso deben estar debidamente reportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

### CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a los 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:

### AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entendiéndose 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 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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 mí.

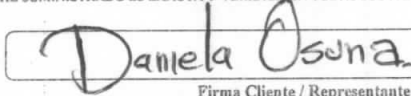
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de 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 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail [segraf@subredcentroorient.gov.co](mailto:segraf@subredcentroorient.gov.co)) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. 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 información por favor visite: ([www.subredcentroorient.gov.co](http://www.subredcentroorient.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 VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

  
Firma Cliente / Representante Legal

  
Huella Índice Derecho

### X. INFORMACION DE ENTREVISTA

|                                     |                                                                      |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 1. Fecha:                           | 2. Ciudad:                                                           |
| 3. Nombre del funcionario o Asesor: |                                                                      |
| 4. Lugar de la Entrevista:          |                                                                      |
| 5. Observaciones:                   |                                                                      |
| 6. Resultado de la Entrevista:      | ACEPTADO <input type="checkbox"/> RECHAZADO <input type="checkbox"/> |
| 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:                   |            |



**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) DANIELA FERNANDA OSUNA DIAZ identificado(a) con CC 1024542970 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

**Fecha de Activación de Servicios:** 01/10/2018

**Estado de la Afiliación:** ACTIVO

**IPS:** BIENESTAR IPS SEDE CIUDAD BOLIVAR

**Categoría:** A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 09 días del mes de diciembre del año 2018.

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

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.  
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones  
Nueva EPS S.A

# Protección

Fondo de Cesantías Protección

NIT 800.170.494

## Hace constar que:

El(La) Señor(a) **DANIELA FERNANDA OSUNA DIAZ** identificado(a) con CC número **1.024.542.970** se encuentra afiliado(a) al FONDO DE CESANTÍAS PROTECCIÓN, desde el 12 de febrero de 2013.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 07 de diciembre de 2018.

Cordialmente,

*Laura Patricia Merchan Metaute*

**Laura Patricia Merchan Metaute**  
Dirección servicios transaccionales para clientes  
Protección S.A.

**\*Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

**\*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:**

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

[www.proteccion.com](http://www.proteccion.com)

PROTECCIÓN

## CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese la información solicitada.

\* Campos obligatorios

Tipo de Documento \*

Número de Documento \*

76a3a

Confirmar imagen \*

La persona identificada con CC-1024542970  
tiene afiliación vigente con la ARL Seguros  
Bolívar

CONSULTAR



 Springer

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 17 de diciembre de 2018, a las 12:03:54, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Tipo Documento         | CC                     |
| No. Identificación     | 1024542970             |
| Código de Verificación | 1024542970181217120354 |

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



Personería  
de Bogotá, D. C.



CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA  
No. 2603251

Bogotá D.C., 11 de Diciembre de 2018 - 14:50 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL VEINTICUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS SETENTA**

**1024542970**

**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](http://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](http://www.personeriabogota.gov.co)**

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12\_XZNU1\_5014  
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 11:40:51 horas del 17/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1024542970**

Apellidos y Nombres: **OSUNA DIAZ DANIELA FERNANDA**

### NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



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



Presidencia de  
la República



Ministerio de  
Defensa Nacional



Portal Único  
de Contratación

Todos los derechos reservados.



Gobierno en  
Línea



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA  
COLOMBIA,

2018/07/04

Por medio de la presente hacemos constar que la señora DANIELA FERNANDA OSUNA DIAZ  
con Cedula de Ciudadania número 1024542970  
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL  
posee en el Banco Davivienda:

**CUENTA AHORROS (DAMAS)**

Número 488400035223

Fecha Apertura 2018/06/07

Cordialmente,



Firma Autorizada  
BANCO DAVIVIENDA

00000000000000000000  
00000000000000000000  
00000000000000000000