Soacha, 15 de Mayo de 2023

Doctora.
ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
Gerente
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
Calle 13 # 9-97
Teléfono: (601) 730 92 30
Ciudad

REFERENCIA: PROPUESTAS DE SERVICIOS

Nombre: DIANA PAOLA BASTO RODRIGUEZ

Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA

Respetada Doctora Alexandra González Moreno, reciba un cordial saludo, por medio de la presente me permito confirmar mi intención de participar en la contratación que a bien tenga la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y cumplir a cabalidad cada una de las actividades que sean asignadas mediante contrato de prestación de servicios conforme los términos que se estipulen en la minuta contractual.

Cordialmente,

Nombre del Contratista: DIANA PAOLA BASTO RODRIGUEZ
CC: 1´012.334.520 DE BOGOTÁ
Dirección: CARRERA 21 ESTE 33 02 SAN MATEO
Email: dianabasto21@GMAIL.COM
Teléfono/ Celular: 3104821115 - 3202304794

DIANA PAOLA BASTO RODRIGUEZ
Cra 21 Este # 33 - 02 Conjunto Santa Rita I / Soacha - Cundinamarca
CELULAR: 3202304794 - 3104821115
dianapaolabasto@hotmail.com



PERFIL LABORAL

Técnico Auxiliar en enfermería, Con un enfoque hacia la comunidad vulnerable, formación en creación de programas de PYP en salud pública, PQR-seguimientos a peticiones, quejas y reclamos se pone a disposición de las entidades encargadas, asignación de citas médicas. Recepción e ingreso de pacientes, toma y recolección de las muestras. Promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.

Profesional en Trabajador Social, con formación en el modelo de negocios sostenibles para emprendedores. Orientación Psicosocial, intervención, fortalecimiento, seguimiento y acompañamiento a diferentes grupos poblaciones en trabajo de campo al individuo, grupo y familias. Experiencia en manejo del servicio al cliente. Diseñar, implementar, ejecutar y evaluar proyectos, programas, talleres enfocados a diferente tipo de población según necesidades empresariales e institucionales. Prevención y abordaje de maltrato infantil, violencia intrafamiliar y laboral. Abuso y violencia contra niñas, niños y adolescentes, atención integral a niños, niñas y adolescentes.

Desde el área académica, orientación, acompañamiento y seguimiento psicosocial a estudiantes individual, grupal; con pérdida de asignaturas, asesoría en hábitos de estudio, diseño y ejecución de talleres, abordaje en charlas de orientación vocacional, educativa e inclusión a instituciones de educación superior, colegios y jardines. Apoyo en convocatorias y ejecución de eventos propios del área de bienestar institucional, al igual que en la recolección de información de ausentismo y deserción. Manejo psicosocial a la inteligencia emocional de la población vulnerable.

Cuento con actitud de responsabilidad y compromiso, proactiva, organizada, ejecución a programas psicosociales, compromiso y capacidad de liderazgo.

EXPERIENCIA LABORAL

ACJ YMCA
Trabajadora Social
Mayo 2022 – octubre 2022

Apoyo en equipo interdisciplinario, psicosocial función a realizar: analizar y medir los aspectos sociales o relacionales (negativos y positivos) que pueden incidir en el niño, la niña y/o adolescente. Ayudar al desarrollo de relaciones humanas saludables y fomentar los cambios sociales que permitan a los niños, niñas y adolescentes a tener una mejor calidad de vida, investigar sobre las interacciones de las personas con el entorno familiar y social. Atender a los individuos, con la capacidad de elaborar para luego lograr ejecutar proyectos de intervención para estos grupos de la población que están en situaciones de riesgo social, de carencia de aplicación de los derechos conociendo que estos puedan potencializarse.

Desarrollo y ejecución de herramientas que le brinda el entorno familiar y social, para planificar, gestionar acciones que posibiliten el apoyo, el acompañamiento y orientación al núcleo familiar, y que logren garantizar el bienestar social de los niños, niñas y adolescentes.

Logros
Garantizar el restablecimiento de derechos y protección integral de los niños, niñas y adolescentes.

ACTIVOS SAS-FIDUPREVISORA-FONDO NAL GESTION DEL RIESGO DESASTRE
Rastreador Técnico- Grupo PRASS
Enero 2020 – Diciembre 2021

Participar de la macroplaneación y microplaneación, asignación de áreas geográficas para intervención. Alistamiento y concertación de actividades con equipo de trabajo y líder de equipo. Recibir la base de datos de los casos a rastrear de acuerdo con la programación diaria del mecanismo coordinador territorial. Determinar acciones de seguridad del equipo y flujos de información para incidentes. Preparar los equipos de protección personal y de manejo de residuos. Asegurar bata anti fluida, mascarilla quirúrgica y gafas protectoras. Realizar la ubicación de los casos. Realizar una llamada inicial de contacto para verificar disponibilidad. Diligenciar CoronApp Medico en la residencia de la persona considerada caso probable o confirmado. Diligenciar los contactos de ese caso. Diligenciar CoronApp Medico en la residencia de los contactos del caso probable o confirmado. Evaluar para cada caso y contacto, el registro de necesidades de aislamiento. Realizar orientación a los casos y sus contactos sobre medidas de aislamiento, cumplimiento de etiqueta respiratoria y signos de alarma. Llenar el registro de visita en la base de datos asignada. Completar la información de registro faltante ante detección de no completitud por los procesos de supervisión territorial del rastreo. Realizar un informe semanal de las actividades realizadas. Realizar toma de muestras y gestionar los resultados en caso de ser necesario. Las demás que sean asignadas por la entidad territorial.

Logros
Disminuir la velocidad de transmisión del COVID-19, rompiendo sus cadenas de transmisión.

COLCAN LABORATORIO CLÍNICO
Auxiliar de sedes
Julio 2020 - Octubre 2020

Recepción e ingreso de pacientes, uso adecuado de la base de caja (dinero), revisión de ordenes medicas con las respectivas listas de trabajo, recepción de muestras de clientes, instrucción o direccionamiento de sobre la forma de cómo se debe llevar a cabo el proceso de recolección y las condiciones en que se debe tomar las muestras, centrifugar y ordenar y clasificar las muestras, entrega de resultados, revisar y organizar inventario y ayudar a controlar el shock de insumos y reactivos de la sede y toma de muestras ordenadas por el médico tratante.

Logros
Preste atención a que los clientes que no estaban satisfechos con la atención por las diferentes áreas de la institución por lo cual regeneré intervención, seguimiento y acompañamiento a sus diferentes peticiones, quejas y reclamos así mismo se sitúan en conocimiento de las entidades encargadas, logrando así la atención requerida por el cliente.

HOGAR COMUNITARIO LOS TURPIALES
Orientadora Psicosocial
Noviembre 2019 - diciembre Del 2020

Efectuó estrategias que permitieran solucionar los problemas de comportamiento que se presentaban dentro del aula. Acompañar en las gestiones educativas complementarias, llevar registro de asistencia de los niños y niñas garantizando su óptimo desarrollo. Ejecución de proyectos culturales para el aprovechamiento del tiempo libre. Elaboración y ejecución de estrategias didácticas para el acompañamiento en los procesos familiares fuera del hogar comunitario. Talleres educativos con formación a familias en pautas de crianza para el fortalecimiento de lazos afectivos.

Logros
Integración familiar, entre alumno y docente.

ASISTIR SALUD
Auxiliar de enfermería
Septiembre 2018 - Mayo 2020

Realizar la toma y recolección de las muestras, garantizando su pertinente marcado para el procesamiento en cada una de las secciones del Laboratorio Clínico conforme a las órdenes del Médico y centrifugación y embalaje de muestras para direccionarlas a la Central de procesamiento. Toma de muestras a nivel domiciliario en las diferentes localidades de Bogotá y Soacha. Instruir o direccionar al usuario sobre las formas como se debe llevar a cabo el proceso de recolección y las condiciones en que se debe tomar y presentar la muestra del examen al Laboratorio para disponer de una óptima muestra que garantice la veracidad de los resultados. Atención primaria garantizar el programa de vacunación y aumentar la seguridad en la población vacunada.
Seguimiento a resultados de CCV de alto o baja complejidad y así mismo realizar direccionamiento a diferentes medico tratantes. Acordar la planeación y ejecución de todos los procesos propios de la dependencia con el superior inmediato para garantizar el cumplimiento de los objetivos organizacionales. Contribuir con el pertinente registro clínico, por la legalidad de los soportes de su competencia y los del nivel profesional, con el debido y completo diligenciamiento, el refrendado y el sellado para garantizar la calidad de la historia clínica y primeros auxilios dentro de la IPS.
Se realiza canalización para pacientes que con orden médica requieren observación debido al diagnóstico, inyectologia, curaciones de heridas de bajo y media complejidad y bajo grado de infección, toma de electrocardiogramas, toma de citología, dotación de consultorios según protocolo institucional en medicina interna. Se asiste médicos tratantes en diferentes procedimientos como pequeñas cirugías, biopsias y saturaciones. Esterilización de material contaminado con todo el protocolo establecido por la empresa.

Logros
Se obtiene resultados acordes a las actividades que se realizaban, por medio de mi compromiso, eficacia y responsabilidad que fue adquirida.

MANDRAGORA- PROYECTOS SOCIALES
Trabajadora Social
Noviembre 2017-Octubre 2018

Diseñar instrumentos y formatos de aplicación requeridos por la empresa. Presentar informes requeridos por el supervisor del contrato para garantizar el cumplimiento y desarrollo de los objetivos de la empresa. Diseñar, implementar, ejecutar y evaluar proyectos, programas, talleres y demás, enfocados a diferente tipo de población, según sus necesidades. Realizar visitas domiciliarias a la diferente población vulnerable y la demás que designe el supervisor del contrato. Evaluar periódicamente los diferentes procesos que se lleven a cabo desde el área. Realizar las demás actividades asignadas por el supervisor del contrató. Ejecutar actividades relacionadas a las intervenciones familiares, individuales y grupos

focales desde el área de trabajo social. Brindar asesoría y aplicar los conocimientos propios de su profesión en las actividades y áreas de trabajo que se le determinen, conforme a las necesidades de la Administración. Acompañar aportar y apoyar los diferentes procesos que se realizan en la empresa y sean requeridos por el supervisor del contrato.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR - MEDERI
Auxiliar de enfermería
Agosto 2017 - Mayo 2018

Asistencia a los pacientes para su mejoramiento dentro de la institución, procedimientos tales como curaciones, canalización, inserción de sodas vesicales- Aseo y limpieza de pacientes. - Distribución o repartición de comida y en su caso, ayudar a los pacientes a su alimentación cuando no lo pueden hacer por sí mismos. Administrar medicamentos, según las indicaciones que les den. Recolectan datos termométricos o sintomáticos de los pacientes.

Logros
Liderar, controlar y ejecutar procesos asistenciales y administrativos que garanticen el desarrollo de un proceso de atención de enfermería, acorde a los lineamientos corporativos enfocados.
Garantizar un servicio humanizado y con la calidad esperada de tal manera.

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
Trabajadora Social
Agosto 2016 - junio 2017

Realizar seguimiento a estudiantes que poseen pérdidas académicas, acompañamiento a estudiantes de primer año, realizar asesoría en hábitos de estudio, diseño y ejecución de talleres, apoyo en charlas de orientación vocacional, educativa e inclusión a colegios y universidades aledañas, apoyo en convocatorias y ejecución programas psicosociales, eventos propios de áreas encargadas, apoyo en la recolección de información de ausentismo y deserción. PQR; seguimientos a peticiones, quejas y reclamos así mismo se sitúan en conocimiento de las entidades encargadas. Trabajo con familias, poblaciones vulnerables, prevención y abordaje de maltrato infantil, violencia intrafamiliar y laboral. Abuso y violencia contra niños y adolescentes.

Logros
Frente a la pérdida de asignaturas que se presentaban en la institución académica en diferentes carreras por parte de los estudiantes; se disminuyó cierta cantidad de ausentismo y deserción, con mi actitud de servicio logre compromiso, responsabilidad y cumplimientos por parte de los alumnos. Evidenciando con la recolección de información, intervención, seguimiento y acompañamiento a los diferentes grupos.
Preste atención a que los usuarios que no estaban satisfechos con la atención por las diferentes áreas de la institución por lo cual *regeneré intervención, seguimiento y acompañamiento* a sus diferentes peticiones, quejas y reclamos así mismo se sitúan en conocimiento de las entidades encargadas, logrando así la atención requerida por los usuarios.
Capacidad para trabajar y valorar de manera conjunta con los demás, así mismo satisfacer sus necesidades de acorde a las circunstancias. Igualmente; se llegó a planificar, implementar, revisar y evaluar la práctica del Trabajo Social con personas, familias, grupos, organizaciones, comunidades y con otros profesionales.
Diseño y ejecución de diferentes talleres, apoyo en charlas de orientación vocacional, educativa e inclusión y taller de padres a las entidades de educación superior y colegios.

FORMACIÓN ACADÉMICA

PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL
Corporación Universitaria Minuto de Dios 11 de octubre de 2017

TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA
E.S.A.E Ltda.
19 de julio de 2008

BACHILLER ACADÉMICO
Colegio Jorge Isaacs
4 de diciembre de 2004

FORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Atención a la víctima de violencia sexual (cadena de Custodia). Ángeles de la salud. 40 horas. 2023
Curso de toma de muestras de laboratorio. Ángeles de la salud. 40 horas. 2023
Curso de Soporte vital básico (BLS). Ángeles de la salud. 40 horas. 2023
Salud Mental. Ángeles de la salud. 40 horas. 2021
Diplomado en modelo de negocios sostenible para emprendedores. Corporación Universitaria Minuto de Dios. 120 horas. 2017.

NOTA: Referencias y certificados disponibles bajo solicitud de la empresa interesada.



Diana Paola Basto Rodríguez
CC. 1012334520 De Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.012.334.520**

BASTO RODRIGUEZ

APELLIDOS

DIANA PAOLA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-JUL-1987**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

25-JUL-2005 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00977416-F-1012334520-20180209 0059463063A 1 9903303570

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 223115073

WEB
16:06:22

Bogotá DC, 15 de mayo del 2023

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DIANA PAOLA BASTO RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1012334520:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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 238 Ley 1952 de 2019)

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

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 15 de mayo de 2023, a las 15:21:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1012334520
Código de Verificación	1012334520230515152112

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.

YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado

Generó: WEB

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 03:23:28 PM horas del 15/05/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1012334520**
Apellidos y Nombres: **BASTO RODRIGUEZ DIANA PAOLA**

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.

DIJIN

Dirección Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.arairc-atc@policia.gov.co

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 15/05/2023 03:25:35 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1012334520** y Nombre: **DIANA PAOLA BASTO RODRIGUEZ.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **60554933** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14915277827

(415)7707212489984(8020) 000001491527782 7

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 2 3 3 4 5 2 0	2 0 0 5 0 7 2 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BASTO	RODRIGUEZ	DIANA	PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
OLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

41. Dirección principal
CR 21 ESTE 33 02

42. Correo electrónico dianabasto21@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 2 3 0 4 7 9 4	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 6 0 4 2 5	8 6 9 9	2 0 2 3 0 5 1 8				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
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 2023 - 05 - 18 / 14 : 31: 55

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre BASTO RODRIGUEZ DIANA PAOLA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 18-05-2023 02:34:57PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

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

FECHA:	2023-05-15	CIUDAD:	Soacha	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

PROVEEDOR [ ]	PARTICULAR [ ]	CONTRATISTA OPS [X]	SERVIDOR PUBLICO [ ]	OTRO [ ]	CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Basto	Rodriguez	Diana	Paola

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. [X] C.E. [ ] R.C. [ ] NUIP [ ]	1'012.334.520	Bogotá	2005-07-25
PASAPORTE [ ] OTRO [ ]		ES RECIDENTE EN COLOMBIA? SI [X] NO [ ]	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1987-07-21	Bogotá	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) [ ] CASADO(A) [ ] DIVORCIADO [X] UNION LIBRE [ ] VIUDO(A) [ ]	DOS	DOS	3104821115-3202304794

NIVEL DE ESTUDIOS FORMACION ACADEMICA	PROFESION / OFICIO
MAGISTER [ ] POSGRADO [ ] UNIVERSITARIO [ ] BACHILLER [ ] PRIMARIA [ ] TECNICO [X] TECNOLOGO [ ] OTRO [X] CUAL: Auxiliar de Enfermeria/	CONTRATISTA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Carrera 21 Este 33 02	Soacha	Cundinamarca	Colombia	31014821115-3202304794

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA
dianabasto21@gmail.com	N/A	PROPIA [X] FAMILIAR [ ] ARRENDADA [ ]

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
N/A	N/A	N/A	N/A

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. [ ] C.E. [ ] R.C. [ ] NUIP [ ]	N/A	N/A	N/A
PASAPORTE [ ] OTRO [ ] CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI [X] NO [ ]	NACIONALIDAD: N/A

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO [X] SOCIO [ ] PROFESIONAL INDEPENDIENTE [ ]	ESTUDIANTE [ ] CONTRATISTA [X] EMPLEADO SOCIO [ ]	HOGAR [ ] COMERCIANTE [ ]	PENSIONADO [ ] EMPLEADO PUBLICO [ ] OTRA [ ]
CUAL: Auxiliar de Enfermeria			

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA				CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI [ ] NO [X]	IVA	SI [ ]	NO [X]	8692 / 8699
		ICA	SI [ ]	NO [X]	PRINCIPAL: [X] SECUNDARIA: [X]

GRAN CONTRIBUYENTE	SI [ ] NO [X]	AGENTE RETENEDOR	SI [ ] NO [X]	AGENTE AUTORETENEDOR	SI [ ] NO [X]

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI [ ] NO [X]	[ ] NO [X]	ESE Región de Salud Soacha

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO [ ] COMERCIAL [ ] SERVICIOS [ ] SALUD [X]	# NIT	800006850-3

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA [ ] TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA [ ] ALIMENTOS [ ] MEDICAMENTOS [ ] [ ]

OTRA [ ] CUAL:

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CALLE 13 #9-85	7309230	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	Auxiliar de Enfermeria	FECHA VINCULACION	MAYO DE 2023

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$2´400.000	GASTOS FAMILIARES	$1´500.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$55´000.000
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHÍCULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENEA	$ 500.000	PROPIEDADES	$83´000.000	DEUDAS TERCEROS	$1´300.000
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 500.000	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$2´400.000	TOTAL EGRESOS	$2´000.000	TOTAL ACTIVOS	$ 500.000	TOTAL PASIVOS	56´300.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A	N/A	N/A	N/A

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BECERRA	DUARTE	CARLOS	ARTURO
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION CELULAR**
Trasv 4 A este 48 28	Soacha	Amigo	3007519332

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO CAJA SOCIAL	Ahorro	24101380166	Bogota	N/A

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓ ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ O ☐ ☐ 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción".

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

AUXILIAR DE ENFERMERIA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte del la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA se destinaran 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 al la ESE Región de Salud Soacha a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con el la ESE Región de Salud Soacha en el caso de infraccion de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto al la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falso 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres ultimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los ultimos 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 ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

	FORMATO SARLAFT	Codigo	TH_FTO_45
		Version	0
		Vigencia	6/07/2022

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 Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el Rit.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo 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 Publico
NOTA Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados:(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, 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 Ley1581 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 da 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 trataran 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 entiéndase por la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, con Nit. 800006850-3, ubicada en la Calle 13 No. 9-97 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

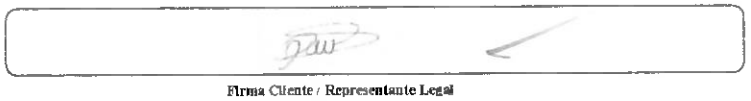
Declaro expresamente.
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.
B Que la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, 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 accederé 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, 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 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y 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 mi.
8 RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La ESE Región de Salud Soacha y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Calle 13 No. 9-97, Soacha, Teléfono (601) 730 92 30) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
9.AUTORIZACIÓN De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizamos, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BASTO RODRIGUEZ DIANA PAOLA** identificado(a) con **CC** número **1.012.334.520** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de abril de 2019 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 15 de mayo de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***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

202305151549

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Basto	Rodriguez	Diana Paola

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. (X) C.E. ( ) PAS ( ) No. 1012334520 — SEXO: F (X) M ( ) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) — PAÍS: COLOMBIA

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 21 MES 07 AÑO 1987

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOGOTÁ. D.C.

MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 21 ESTE - 33 02 APTO 376 TORRE 19

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: SOACHA

TELÉFONO: 3202304 EMAIL: dianabasto21@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
PREGRADO	8	X		TRABAJO SOCIAL	07	2017	1012334520
PREGRADO	4	X		ENFERMERIA	06	2008	1012334520

CAPACITACIONES / OTROS CONOCIMIENTOS

MEDIO DE CAPACITACIÓN	INSTITUCIÓN	MODALIDAD	CURSO	TERMINACION MES	TERMINACION AÑO
VIRTUAL	ANGELES DE LA SLAUD	EDUCACIÓN INFORMAL	VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	02	2023
VIRTUAL	ANGELES DE LA SALUD	EDUCACIÓN INFORMAL	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO	02	2023
VIRTUAL	ANGELES DE LA SALUD	EDUCACIÓN INFORMAL	SOPORTE VITAL BASICO BLS	02	2023
PRESENCIAL	UNIMINUTO DE DIOS	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO	MODELOS DE NEGOCIOS SOSTENIBLE	07	2017

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: AACTIVOS S.A.			PÚBLICA		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS: 5940500	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	04	Mes	01	Año	2021	Día	27	Mes	12	Año	2021
CARGO O CONTRATO ACTUAL: RASTREADORA PRASS	DEPENDENCIA: AREA DE VISITAS DOMICILIARIAS						DIRECCIÓN: CALLE 70 - 9 32					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: COLCAN S.A			PÚBLICA		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS: 7437777	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	16	Mes	07	Año	2020	Día	08	Mes	10	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AISTENTE DE LABORATORIO	DEPENDENCIA: AREA LABORATORIO CLINICO						DIRECCIÓN: CALLE 49 - 13 60					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: ASISTIR SALUD IPS			PÚBLICA		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	17	Mes	09	Año	2018	Día	15	Mes	05	Año	2020
CARGO O CONTRATO ACTUAL: AUXILIAR DE LABORATORIO CLINI	DEPENDENCIA: AUXILIAR LABORATORIO CLINICO						DIRECCIÓN: CALLE 49 - 7 21					

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD: CLINICA MEDERI- HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR			PÚBLICA		PRIVADA: X		PAÍS: COLOMBIA					
DEPARTAMENTO: BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO: BOGOTÁ. D.C.						CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD					
TELÉFONOS: 5600520	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO					
	Día	14	Mes	09	Año	2017	Día	16	Mes	05	Año	2018
CARGO O CONTRATO ACTUAL: A. DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: GRUPO HOSPITALIZACION						DIRECCIÓN: CALLE 24 - 29 45					

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE									
INSTITUCIÓN EDUCATIVA		PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS			
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO			
	Día:		Mes:		Año:	Día:		Mes:	Año:
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN			

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	3	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	3	2

6 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Soacha Cundinamarca - 16 mayo de 2023

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

sigepII FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA PERSONA NATURAL
(LEY 190 de 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS -SOACHA

Período Declarado: 01/01/2022 - 31/12/2022

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Diana Paola Basto Rodríguez

IDENTIFICADO CON: C.C. **X** C.E. T.I. No. 1012334520 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

PAIS: COLOMBIA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA MUNICIPIO: SOACHA

DIRECCIÓN: CARRERA 21 ESTE - 33 02 APTO 376 TORRE 19 TELÉFONO: 3104821115 3202304794

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
BRANDON STEBAN ALBA BASTO	1023374951	HIJO(A)
ANGEL SHAMUEL ALBA BASTO	1023409110	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 POSESIÓN X PARA RETIRARME PARA ACTUALIZACIÓN PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE** , QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA,EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$15.600.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$500.000
TOTAL	$16.100.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO CAJA SOCIAL	CUENTA DE AHORROS	24101300166	BOGOTA	500.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
INMUEBLES	APARTAMENTO	83.000.000

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
DAVIVIENDA	HIPOTECA	55.000.000

1.2. DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO
N/A	

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO
N/A	

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°

C.C. C.E. T.I.

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN
APARTAMENTO	PROPIETARIO

3. FIRMA

	Soacha Cundinamarca- 15/05/2023
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 018000-917770

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE OFERTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CODIGO	TH_FTO_13
		VERSION	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 15 de mayo de 2023

NOTIFICACION DE INFORMACION

Yo Diana Paola Basto Rodriguez, identificado(a) con cedula No. 1´012.334.520 de Bogotá, interesado(a) en la oferta de prestación de servicios de: Auxiliar De Enfermería, manifiesto haber recibido la información correspondiente por parte del Coordinador del área para el desarrollo de las actividades publicadas en las páginas de empleo www.computrabajo.com.co y/o el www.empleo.com.

Por lo anterior si (X) no (__) acepto la propuesta y condiciones ofrecidas.

Si su respuesta es negativa agradecemos exponga brevemente su decisión:

_____

_____

_____

_____

Atentamente,

DIANA PAOLA BASTO RODRIGUEZ

C.C.1´012.334.520 de Bogotá

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO DE INDEMNIDAD		
	PROCESO: Gerencia del talento humano, Jurídica	CÓDIGO	JUR_FTO_02
		VERSIÓN	00
		VIGENCIA	05/07/2022

Soacha, 15 de mayo de 2023

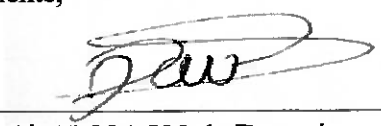
Señores,
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA
E. S. M.

Yo Diana Paola Basto Rodríguez, identificado (a) con Cedula de ciudadanía No. 1´012.334.520 de Bogotá, por medio del presente documento me permito manifestar que:

PRIMERO: Me comprometo a hacer la entrega completa de los documentos requeridos por la Entidad para la realización del contrato, los cuales estarán actualizados y vigentes. **SEGUNDO:** Me encuentro afiliado al sistema de seguridad social (Entidad Promotora de Salud y Fondo de Pensiones). **TERCERO:** Que conozco y acepto que la Entidad realizara la afiliación a la aseguradora de riesgos laborales (ARL), una vez el contrato esté perfeccionado y legalizado. **CUARTO:** Que me comprometo a cancelar mensualmente y de manera oportuna los aportes a Seguridad Social (Entidad Promotora de Salud, Fondo de Pensiones) y aseguradora de riesgos laborales (ARL), dentro de los plazos establecidos por la normatividad vigente, de acuerdo con la base y porcentajes de cotización vigentes. **QUINTO:** Que conozco que el contrato se perfecciona y legaliza cuando: **a)** La documentación completa se encuentre radicada en la oficina de contratación, con el respectivo visto bueno del área de recursos humanos, b) Este suscrito por las partes (gerente y Contratista), **c)** Se hayan allegado las pólizas a que hubiere lugar, **d)** Se encuentre expedido el registro presupuestal. **SEXTO:** Que me comprometo a no iniciar la ejecución del contrato, sin que éste se haya perfeccionado y legalizado. **SEPTIMO:** Que asumo el riesgo que se derive por haber prestado mis servicios sin que el contrato se encuentre debidamente perfeccionado y legalizado. **OCTAVO:** Que conozco y acepto que el Hospital no realizará pagos de sumas de dinero, que se causen con ocasión de la prestación del servicio sin respaldo contractual, y por lo tanto, renuncio expresamente a realizar el cobro de tales sumas de dinero.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde este momento, renuncio expresamente a iniciar acciones judiciales en contra de la Entidad y, por ende, me hago responsable pecuniaria, judicial y disciplinariamente por los daños o perjuicios originados en reclamaciones de terceros, que se deriven de mis actuaciones u omisiones en la prestación de mis servicios sin respaldo contractual.

Cordialmente,



C.C. No. 1´012.334.520 de Bogotá

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	FORMATO PARA REALIZAR LA AFILIACIÓN A LA ARL		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CÓDIGO	SSO_FTO_01
		VERSION	00
		VIGENCIA	05/07/2022

ARL AXA COLPATRIA

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombre y apellido: Diana Paola Basto Rodríguez

Nº Documento: 1´012.334.520 De Bogotá

Fecha de Nacimiento: 2 1 / 0 7 / 1 9 8 7

Dirección: Carrera 21 Este 33 – 02 San Mateo Soacha

Teléfono. Fijo – Celular: 3104821115 - 3202304794

E-mail: Dianabasto21@Gmail.Com

EPS: Sanitas

AFP: Protección

Firma Contratista:

DATOS INSTITUCIONALES

DATOS DEL CONTRATO:

Fecha Inicio: _____

Fecha Finalización: _____

Valor mensual: _____

Valor Total: _____

VoBo Área Contratación: _____

DATOS AFILIACION:

Fecha: _____ Hora: _____

Firma responsable Afiliación: _____

NOTA: En caso de estar afiliado a otra ARL favor allegar con este formato la copia de la afiliación.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGIÓN DE SALUD SOACHA	AUTORIZACIÓN CONSULTA TITULOS ACADEMICOS		
	PROCESO: Gerencia del talento humano	CODIGO	TH_FTO_31
		VERSION	00
		VIGENCIA	5/07/2022

Soacha, 15 mayo de 2023

Señores:

Escuela de Auxiliares en Enfermería - ESAE

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

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos.

Yo Diana Paola Basto Rodríguez en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política de Colombia establece "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 Articulo 4 de la ley 1581 de 2012 y de conformidad con el Decreto 1377 de 2013, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento solo 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 cuanto a datos personales en mi calidad de egresado. Solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes emitir respuesta a la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA, sobre la idoneidad de mi título como: Auxiliar De Enfermería.

(Nombre del Título Obtenido) Auxiliar De Enfermería

Cordialmente;

Firma _____

N° Documento 1´012.334.520 De Bogotá

Tarjeta Profesional N° _N/A__

Dirección de contacto Carrera 21 Este 33 02

Teléfono 3104821115 - 3202304794

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN: CONTRATISTAS DE LA ESE REGIÓN DE SALUD SOACHA

Yo, Diana Paola Basto Rodriguez, identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1´012.334.520, expedida en Bogotá, en mi condición de contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, usuario (a) de los aplicativos y herramientas del sistema de información de la Entidad, entiendo y acepto las siguientes condiciones, compromisos, derechos y deberes relacionados: **CLÁUSULA PRIMERA:** Definición de información confidencial. La confidencialidad es uno de los principios que regula la actividad del tratamiento de datos personales, en virtud del cual, las personas que intervengan en la recolección, almacenamiento, uso, divulgación y control de estos datos están obligadas, en todo tiempo, a garantizar la reserva de la misma, incluso después de finalizar sus relaciones con el responsable del tratamiento, hállese esta en forma escrita, oral, visual, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible. **CLÁUSULA SEGUNDA:** Propiedad de la información: La información suministrada pertenece a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** y a sus respectivos titulares, no pudiendo ser utilizada para fines distintos al cumplimiento de las actividades contractuales. **CLÁUSULA TERCERA:** Objeto de la confidencialidad: El presente compromiso de confidencialidad y no divulgación de la información, tiene por objeto señalar y especificarlas políticas de confidencialidad que debe cumplir el contratista, respecto del acceso, consulta y uso de la información confidencial que produce y administra la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **CLÁUSULA CUARTA:** Obligaciones del contratista. Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**, me obligo a mantener estricta reserva de confidencialidad sobre la información que conozca o cause con ocasión del desarrollo de mis actividades contractuales y a no divulgar a terceras personas *sin autorización del supervisor y/o directivas de la Entidad. También me comprometo a* no usar la información suministrada para fines diferentes a los establecidos, a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, hacer circular, compilar, sustraer, ofrecer, vender, intercambiar, captar, interceptar, modificar, almacenar, replicar, complementar o crear bases de datos con la información confidencial. Igualmente, no utilizare la información confidencial de forma que pudiere causar perjuicio directo o indirecto a los titulares de la información o a la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA**. **Parágrafo Primero.** Como contratista responderé frente al Hospital por la utilización indebida de la información y me someteré al régimen del ordenamiento jurídico colombiano en caso de incumplimiento de

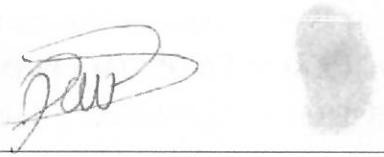
los términos pactados. **CLÁUSULA QUINTA:** Protección de datos**.** La protección de los datos personales de los empleados y contratistas contenidos en los aplicativos y herramientas es mi principal compromiso, toda vez que son catalogados como datos sensibles con carácter reservado y confidencial, y, su tratamiento está sujeto a la ley y normatividad aplicable a la información pública reservada, igualmente reconozco que la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva. **CLÁUSULA SEXTA:** Utilización de la información**:** Como contratista de la **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA** me obligó a utilizar la información recibida, únicamente para el buen desarrollo de las actividades correspondientes e implementación de los aplicativos y herramientas relacionadas. **CLÁUSULA SEPTIMA:** Contraseña**:** La utilización de la contraseña para el acceso a los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) se constituye como el primer compromiso de protección de la información y datos personales por estos tratados. La misma estará sujeta a una completa confidencialidad. En ningún caso la divulgaré o compartiré, en forma verbal o escrita, y procurare su custodia para que esta no pueda ser registrada o gravada. En este sentido, como usuario de los aplicativos y herramientas, me comprometo a garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información. **Parágrafo Primero:** Como titular del usuario asignado me haré responsable de todas las actividades realizadas a través de mi cuenta. **Parágrafo Segundo.** La contraseña será generada y comunicada al correo electrónico institucional oficial a la solicitud de respuesta de creación del usuario (según aplique). **Parágrafo Tercero:** Es mi compromiso como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro relacionado) cambiar la contraseña inicial cuando esto lo requiera al administrador por correo electrónico. La contraseña debe seguir estándares de seguridad como mínimo debe cumplir con: a) Una longitud mínima de siete (7) caracteres alfanuméricos. b) No contendrá nombres, números de teléfonos, palabras, números o letras consecutivas repetidas. **CLÁUSULA OCTAVA:** Traspaso de información**.** Solo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir con la función pública y solo podrá darse a conocer a aquellos servidores públicos y/o contratistas que tengan necesidad de conocerla para la mencionada finalidad, y cuando autoridad pública la solicite en ejercicio de sus funciones. En caso de que se les entregue información confidencial a aquellos, se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla. **CLÁUSULA NOVENA**: Bloqueo**.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) acepto que el Administrador del aplicativo proceda con el bloqueo de la cuenta cuando este último evidencie una falta de uso fuera de los límites permitidos de inactividad. **Parágrafo Primero.** Como usuario de los aplicativos y herramientas (ver cuadro anexo) informaré al Administrador del Sistema, a través de los canales establecidos para tal fin, cuando se presente algún bloqueo o incidencia en la cuenta de usuario de manera que se puedan adelantar las acciones pertinentes. **CLÁUSULA DECIMÁ:** Aplicación normativa. Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, daré estricto cumplimiento a las disposiciones

Constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el artículo 15 de la Constitución Política, la Ley 1581 de 2012 y su decreto reglamentario 1377 de 2013; ley 1712 de 2014 y Ley 1074 de 2015; Resolución 1995 de 1999; así como aquellas que regulan reserva y demás normas que las modifiquen, adicionen o deroguen. **CLÁUSULA DECIMÁ PRIMERA:** Verificación de la confidencialidad y uso de la información. La ESE se reserva el derecho a verificar en cualquier momento y sin previo aviso, el cumplimiento del acuerdo de confidencialidad y no divulgación de la información con respecto al tratamiento de la información. **CLÁUSULA DECIMÁ SEGUNDA:** Sanciones. La violación del COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD, será objeto de investigación sin perjuicio de las demás sanciones de ley que se pudieran suscitar. **CLÁUSULA DECIMÁ TERCERA:** Vigencia. El presente acuerdo individual tendrá una duración por la vigencia del contrato, pero, aquella información con carácter reservado de acuerdo con la ley, será continúa, permanente y no vencerá por la terminación del contrato.

APLICATIVOS Y HERRAMIENTAS UTILIZADAS EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO REGION DE SALUD SOACHA

ITEM	DESCRIPCION	MARCAR CON X
1	BASE DE DATOS PERSONALES DE USUARIOS, EMPRESAS, ENTIDADES DE SALUD, FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS	X
2	APLICATIVOS FUENTES DE INFORMACIÓN: • DATADOC • SIVIGILA • SIVISALA • MANGO • PAI WEB • DINAMICAGERENCIAL HOSPITALARIA • PLATAFORMA INSTITUCIONAL DE CAPACITACIONES	X
3	FICHAS DE NOTIFICACIÓN EPIDEMIOLOGICAS	X
4	HISTORIAS CLINICAS	X
5	BASES DE DATOS SISBEN – REGIMEN SUBSIDIADO – REGIMEN CONTRIBUTIVO	X
6	INFORMACION PRIVILEGIADA Y RESERVADA – SECRETO PROFESIONAL	X

Para constancia se firma en Soacha, a los 15 mayos de 2023



Firma y huella

3104821115 -3202304794

Celular No.

dianabasto21@gmail.com

Correo institucional

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible en el Portal Interno de la Empresa Social del Estado Región de Salud Soacha evite copias de este documento ya que puede ser una versión desactualizada.

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

124 01

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: Diana Paola

Apellidos: Basto Rodriguez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte PEP otro cuál:

No. 1.012.334.520

Fecha de nacimiento: Día 21 Mes 07 Año 1987

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	21/09/21	Pfizer	ER9449	Shaio	Jennifer Perez	1043842156
	2	13/05/21	Pfizer	ET8924	Shaio.	Juliana Cortes	1000992096J
		29 11 2021	Moderna	017J 21A	S.R.C.O	Cristian Fernandez Auxiliar Enfermeria CC. 1012440778	

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

DIANA PAOLA

BASTO RODRIGUEZ

C.C **1012334520**

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedición **25/08/2008**

Certificado de vacunación

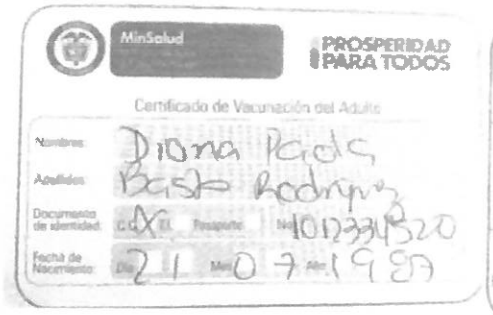
Nombre del Usuario: Diana P. Basto R.

Identificación No.: 1012 334 520 Bta

Carné No.:

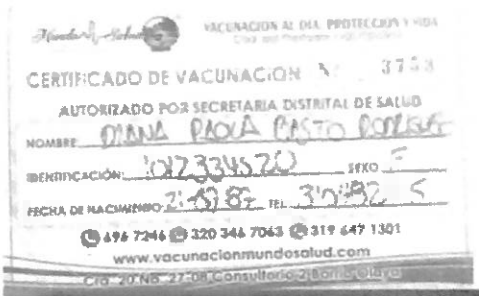
VACUNA	DOSIS REFUERZO	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA VACUNADOR
Hepatitis B	1a. Dosis	25-2/05		UMSON
	2a. Dosis	04-5/05		UMSON
	3a. Dosis	30-11/05		UMSON













GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.
901.120.583-5

IPS SERVIR

Certificado de Aptitud Laboral
INGRESO
SALUD



Fecha: 02/Jun/2023, **Hora:** 08:23:51 a.m.
Apellido: BASTOS RODRIGUEZ
Tipo Doc: CC
Empresa: Particular
Cargo: AUXILIAR DE ENFERMERIA
Direccion: CRA 21 ESTE # 33 02

Nombre: DIANA PAOLA
Nro Identidad: 1012334520

HC: # 55113
Edad: 35 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 21/Jul/1987
Rh: O+

Telefono: **Celular:** 3104821115 **Email:** **Estado Civil:** Soltero
Ciudad: Soacha- cundinamarca

Examenes Realizados

Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular, Visiometria

Concepto

Apto para el cargo

Recomendaciones

Uso de Elementos de Proteccion Personal
Higiene Postural
Pausas Activas
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAR.
*REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA.
*MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
*CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

*PACIENTE QUE A LA FECHA NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo,**la autenticidad del contenido de este cerificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR** ,el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido .**VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO .**

Tatiana Martin
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M 8526/2015
LIC.S.O. 3594/2016

LADY MARTIN.
MEDICO ESPECIALISTA S.O.
Lic. de S.O #: 3594/2016
Registro #: 8526/2015

DIANA PAOLA BASTOS RODRIGUEZ
CC 1012334520

Huella Digital

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha
Tel.: 900 21 46
Cel: 312 511 87 55
E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com
comercial@servirips.com

República de Colombia

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

E.S.A.E. LTDA.

INSTITUTO DE EDUCACIÓN NO FORMAL
Resolución No. 6695 del 1° de Octubre de 1997 - Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Concepto favorable - Acuerdo No. 001 de Marzo 4 de 1993 Min. Salud

Otorga el Certificado de Técnico Laboral

AL ALUMNO (A)

Diana Paola Baeta Rodriguez

C.C. 1.012.334.520 de Bogotá

EN VIRTUD A QUE CURSO Y TERMINO SATISFACTORIAMENTE SUS ESTUDIOS EN:

Auxiliar de Enfermeria

Total Horas 1600

Director

Dado en Bogotá, D.C.

El día 19 de julio del 2008

Coordinador (a) Académica

Registro Folio No. 1303 del libro de certificados 01

ACTA DE CERTIFICACION No. 030

En la ciudad de Bogotá D.C a los (19) Diecinueve días del mes de Julio de 2008, se llevó a cabo el ACTO **DE CERTIFICACIÓN**, en el cual la **ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA E.S.A.E** autorizada para el efecto según la resolución No. 6695 del 01 de Octubre de 1997 de la secretaria de Educación de Bogotá y el acuerdo No. 001 del 4 de Marzo de 1993 del Ministerio de Salud, se hace entrega del certificado de **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA A:**

DIANA PAOLA BASTO RODRIGUEZ

Identificada con C.C. No 1.012.334.520 de Bogotá quien cumplió con los requisitos académicos exigidos por la Secretaria de Educación, el Ministerio de Salud y con las normas establecidas en este instituto.

En testimonio de lo anterior se firma la presente **ACTA DE CERTIFICACIÓN** en la ciudad de Bogotá, D.C. a los (19) Diecinueve días del mes de Julio de 2008, por los que en ella intervinieron.

JORGE DAVID SANCHEZ
Director

Gobernación de CUNDINAMARCA

f/CundinamarcaGob @CundinamarcaGob

RESOLUCIÓN No. 25-2750

19 DE MAYO DE 2015

"Por la cual se inscribe un título en el área de la salud".

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS

En uso de sus facultades legales conferidas por la Resolución No. 8211 del 15 de julio de 1989 y Decreto 1875 de 1994 modificado por el Decreto 1352 de 2000 emanados del Ministerio de Salud, Resolución 5258 de 2011 expedida por la Secretaria Departamental de Salud y

CONSIDERANDO:

Que ***BASTO RODRIGUEZ DIANA PAOLA***, identificado(a) con cedula de ciudadanía No. ***1012334520*** expedida en ***BOGOTA DC***, ha solicitado inscripción para ejercer como ***AUXILIAR DE ENFERMERIA*** en el Departamento de Cundinamarca; de acuerdo a título que le otorgó ***LA ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA EN BOGOTA DC según ACTA DE CERTIFICACION No. 030 DE FECHA 19 DE JULIO DE 2008.***

Que ***BASTO RODRIGUEZ DIANA PAOLA***, se encuentra autorizado(a) para ejercer la profesión como ***AUXILIAR DE ENFERMERIA*** en el Territorio Nacional, mediante Resolución No. ***7547 DE FECHA 19 DE AGOSTO DE 2008, EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA DC.***

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Inscríbase a ***BASTO RODRIGUEZ DIANA PAOLA***, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. ***1012334520 expedida en BOGOTA DC***, para ejercer la profesión como ***AUXILIAR DE ENFERMERIA*** en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a ***19 DE MAYO DE 2015***

JUAN JOSE MUÑOZ ROBAYO
Director de Desarrollo de Servicios

Proyecto Eliana Castellanos EMC2

BOGOTA D.C. 02-JUNIO-2015
A la fecha fue notificado personalmente al SEÑOR(A) Diana Paola Basto R.
CC No. 1012334520 Bta
FIRMA

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: +57(1) 3305043 Resto del país: 018000960020
Horario de atención:
Lunes a Viernes de 7.00 a.m. a 5.00 p.m. y sábados de 8.00a.m. a 1.00 p.m. en jornada continua.
Solicitudes, sugerencias y reclamos PQRSD
Notificaciones judiciales
Términos y condiciones de uso.

Cambiar
8202

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2023-05-15--5:18:53 PM

Tipo Identificacion	Nro. Identificacion	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificacion	Detalles
CC	1012334520	DIANA	PAOLA	BASTO	RODRIGUEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los articulos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DIANA PAOLA BASTO RODRIGUEZ identificado(a) con CC 1012334520 registra La siguiente información:

2023-05-15 -5:18:53 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtencion Titulo	Profesion u Ocupacion	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2008-08-48	7547	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

CODIGO DE VERIFICACION 1055



CERTIFICA QUE:

DIANA PAOLA BASTO RODRIGUEZ

C.C. 1.012.334.520

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso(s)-taller(s) de **ATENCION A PACIENTE VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL** con una intensidad horaria de cuarenta **(40)** horas, basado en los Requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional

ANGELES DE LA SALUD

BOGOTÁ D.C 05 DE FEBRERO DE 2023

Academia de Capacitaciones

NIT. 1.110.543.709-3

LINA MARIA MEDINA
GERENCIA

NELSON F. CASTILLO
DIRECCION

DIRECCION CARRERA 7ª B BIS A 45 SUR PISO 2 OFICINA 202 KENNEDY CENTRAL
Y [illegible]
angelesdelasalud@hotmail.com
DIRECCION WEB www.angelesdelasalud.co
VIGENCIA FEBRERO 2023

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

Diana Paola Basto Rodriguez

Realizó el curso de:

MANEJO DEL DUELO

Con una intencidad de seis (6) horas.

JORGE HERNANDEZ

CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO

GERENTE

Fecha de Emisión: mayo 18, 2023

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

CUNDINAMARCA
REGIÓN
Que Progresa!
EN COMUNICACIÓN

LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGION DE SALUD SOACHA

CERTIFICA QUE:

Diana Paola Basto Rodriguez

Realizó el curso de:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
CAPACITADOR

DRA, ALEXANDRA GONZALEZ MORENO
GERENTE

Fecha de Emisión: mayo 17, 2023

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
REGIÓN DE SALUD
SOACHA

CODIGO DE VERIFICACION 1053



CERTIFICA QUE:

DIANA PAOLA BASTO RODRIGUEZ

C.C. 1.012.334.520

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso(s)-taller(s) de SOPORTE **VITAL BASICO (BLS)** con una intensidad horaria de cuarenta **(40)** horas, basado en los Requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional

ANGELES DE LA SALUD

Academia de Capacitaciones

NIT. 1.110.543.709-3

BOGOTÁ D.C 04 DE FEBRERO DE 2023

LINA MARIA MEDINA
GERENCIA

NELSON F. CASTILLO
DIRECCION

CODIGO DE VERIFICACION 1054



CERTIFICA QUE:

DIANA PAOLA BASTO RODRIGUEZ

C.C. 1.012.334.520

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso(s)-taller(s) de TOMA DE **MUESTRAS DE LABORATORIO** con una intensidad horaria de cuarenta **(40)** horas, basado en los Requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional

ANGELES DE LA SALUD

BOGOTÁ D.C 05 DE FEBRERO DE 2023

Academia de Capacitaciones

NIT. 1.110.543.709-3

LINA MARIA MEDINA
GERENCIA

NELSON F. CASTILLO
DIRECCION

DIRECCION CARRERA [illegible] # 39A-45 SUR PISO 1 OFICINA 300 KENNEDY CENTRAL
Y [illegible]
DIRECCION WEB: www.angelesdelasalud.co
VIGENCIA FEBRERO 2023

ACTIVOS S.A.S.

NIT: 860090915 -9

CERTIFICA

Que la Señora BASTO RODRIGUEZ DIANA PAOLA, identificado con cédula de ciudadania número 1012334520, laboro en nuestra empresa a partir del 04 de ENERO de 2021 hasta el 27 de DICIEMBRE de 2021, mediante un contrato de trabajo por el término que dure la OBRA O LABOR, y en ejercicio del mismo fue asignado como trabajador en misión a la usuaria FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. - FNGRD, en el cargo de RASTREADOR TÉCNICO con una asignacion mensual de UN MILLON SEISCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS M/CTE ($1,651,273).

La presente certificación se expide en Bogotá, a solicitud del interesado a los 29 días del mes DICIEMBRE de 2021 con destino a QUIEN INTERESE.

Atentamente,

JUAN CARLOS RESTREPO
DIRECTOR JURÍDICO

FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. - FNGRD Cód. Verificación: 1358020

NOTA: La presente certificación no es válida para Embajadas, Consulados, ni para diligencias judiciales.

COLCAN

LABORATORIO CLINICO

THR-1024

LA GERENCIA DE TALENTO HUMANO DE

COLCAN S.A.S

CERTIFICA QUE:

BASTO RODRIGUEZ DIANA PAOLA, identificado(a) con C.C. No. **1012334520** de BOGOTA, laboró con nosotros desde el 16 de julio de 2020 hasta el 08 de octubre de 2020 desempeñándose como **AUXILIAR DE SEDES.**

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 09 de octubre de 2020.

Atentamente,

MAURICIO MARTINEZ HERNANDEZ
GERENTE DE TALENTO HUMANO
COLCAN S.A.S
PBX: 744 7555 EXT: 2229

Asistir Salud
Atención con Sentido Humano

Bogotá, 13 de Noviembre de 2020

LA DIRECCION DE TALENTO HUMANO DE
ASISTIR SALUD S.A.S.
Nit. 800.216.958 -0

CERTIFICA

Que **DIANA PAOLA BASTO RODRIGUEZ,** identificada con cédula de ciudadanía número 1.012.334.520, laboró en nuestra organización desde el día 18 de diciembre de 2019 hasta el 15 de mayo de 2020, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

La presente certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 13 días del mes de Noviembre de 2020.

Cordialmente,

ROSALBA FLÓREZ FERNÁNDEZ
Directora de Talento Humano
Teléfono: 2231145 Ext. 203/207

Asistir Salud
Atención con Sentido Humano

CERTIFICACIÓN

ASISTIR SALUD SAS, certifica que el(a) señor(a) **DIANA PAOLA BASTO RODRIGUEZ** identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1.012.334.520 de Bogotá, laboró en nuestra organización a través de un contrato a término fijo, desde el día 17 de Septiembre de 2018 hasta el 05 de Octubre de 2019, y desempeñándose en el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

La presente certificación se expide en la ciudad de Bogotá, al primer (01) día del mes de Noviembre de 2019.

Cordialmente,

Asistir Salud
Atención con Sentido Humano
NIT. 800.216.958-0

ROSALBA FLÓREZ FERNÁNDEZ
Directora de Talento Humano
Asistir Salud S.A.S

méderi

LA CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD

NIT 900210981-6

CERTIFICA:

Que la señora **DIANA PAOLA BASTO RODRIGUEZ,** identificada con Cédula de Ciudadanía Nro. **1.012.334.520** estuvo vinculada a la **Corporación Hospitalaria Juan Ciudad** desde el **14 de septiembre de 2017** hasta el **16 de mayo de 2018,** con un contrato a término fijo en el cargo **AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 28 de mayo de 2018.

MARITZA CECILIA DUARTE SANDOVAL
Jefe de Talento Humano
Corporación Hospitalaria Juan Ciudad

Para Confirmar información favor llamar a la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad. Talento Humano. Calle 24 No 29-45 Tel: 5600520 ext. 4132-4121

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario



Género	Mujer
Cargo	Auxiliar de enfermeria
Título	
Nombre	Diana Paola
Apellidos	Basto Rodríguez
Fecha de Nacimiento	21/07/1987 (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Nombre y apellido	Diana Paola Basto Rodríguez
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1012334520
Dirección	carrera 21 este 33 02
Código postal	
Estrato	2
Ubicación	Soacha
País	COLOMBIA
Correo electrónico	dianabasto21@gmail.com
Teléfono	3202304794
Celular	3104821115
Nivel Educativo	Universitaria completa (con título)

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	3202304794
SMS para recuperar la contraseña	3104821115

Editar