

10/12/2018

Administración de contratos



Administración de contratos

UTC -5 12:29:31
DIANA MARIA OSORI...



Busqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos

Volver

Últimas modificaciones

Todos

Seleccione

Id de página: 23000629 Ayuda ?

Buscar...

Buscar contrato

Buscar

(Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

<u>Id del contrato</u>	<u>Número del Contrato</u>	<u>Entidad Estatal</u>	<u>Tipo de entidad</u>	<u>Fecha de firma</u>	<u>Fecha de finalización</u>	<u>Facturación de la entidad</u>	<u>Valor</u>
167290	PS 0443 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	10/01/2018 11:59:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	5 días para terminar (15/12/2018 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	DIANA MARIA OSORIO MARIN	

OPCIONES

VER

HERRAMIENTAS

Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente

17/11/2017

Confirmación de registro de Proveedor



Aumentar el control



UTC -59

Buscar por proceso

Menú

Buscar...

Confirmación de registro de la entidad

Id de página: 1400174

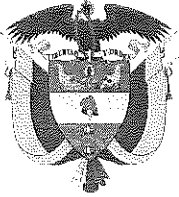
Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones DIANA MARIA OSORIO MARIN.

DIANA MARIA OSORIO MARIN con el NIT 52957540 creada

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

Algo que se debe hacer...



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAPO
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA FORMACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO OSORIO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MARIN	NOMBRES DIANA MARIA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52957540	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 5 MES FEB AÑO 1984 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA carrera 29 sur # 15 -06 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 0 EMAIL dianaosorio_323@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											
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	X
MES DICIEMBRE										AÑO 2002	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

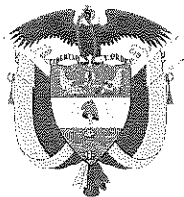
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

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

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

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
TC	3	X	Tecnico laboral por competencias aux de enfermeria	12 2013	52957540



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 ESTATAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-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 SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3283105	DÍA 24 MES 5 AÑO 2013		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE	Cra. 14b #1-45 sur, Bogotá	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	5	2
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	5	2

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

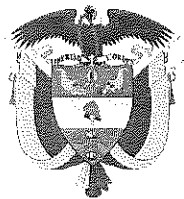
MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

52957540
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.

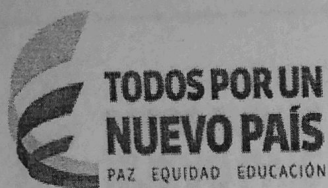
SIDEAP

Última Actualización: 14-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.



Última Actualización: 07-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DIANA MARIA OSORIO MARIN

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52957540 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección carrera 29 sur # 15 -06

Teléfonos 3115590064 0

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JOAN JAMIDT INFANTE OSORIO	1127942591	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	\$ 14.400.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 14.400.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	0102650611	BOGOTA	\$ 12.000,00

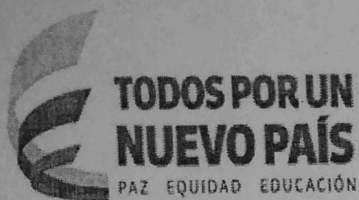
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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.

SIDEAPO
SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 07-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
JAMIDT INFANTE PEDRAZA	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	80054093

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

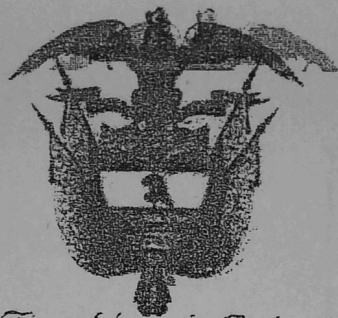
3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

52 957 540

BOGOTÁ D.C. 07-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



*La República de Colombia
y en su nombre la*

Institución Educativa Distrital

Liceo Femenino Mercedes Nariño

Jornada Tarde

*Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según
Resolución No. 14072 del 14 de Octubre de 1987*

Confiere a:

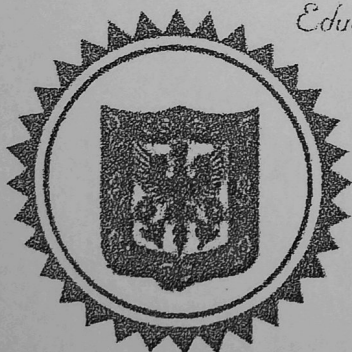
Diana María Osorio Marín

C.C. 52.957.540 de Bogotá, D.C.

el Título de:

Bachiller Académico

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media, según los planes y programas vigentes.*

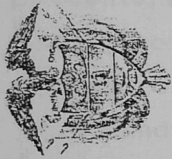


Jaime Sanabria Beltrán
Rector

Eino Acosta Acosta
Secretario Académico

*No requiere Registro de la Secretaría de Educación según Decretos 521 del 6 de
Mayo de 1994, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, del Gobierno Nacional*

Dado en Bogotá, D. C. a 6 de Diciembre de 2002



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

“FUSDESA”

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 15 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010,
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

CONFIERE A:

DIANA MARÍA OSORIO MARÍN

C.C 52957540 DE BOGOTÁ D.C

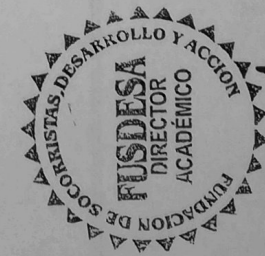
EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

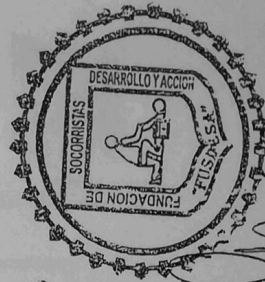
POR HABER CURSADO Y CUMPLANDO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS



Liliana Yaneth Cicua Ramírez
LILIANA YANETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADEMICA



Nancy Galindo Gómez

NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA



Institución Educativa Distrital

COLEGIO LICEO FEMENINO MERCEDES NARIÑO

Resolución de Aprobación No 2592 828-08-2002) S.E.D. Grado cero a
Undécimo de Bachillerato y Ciclo segundo de Básica a Ciclo segundo de Media

Dane: 11100111812

NTT: 860-022901-6



Secretaría
EDUCACIÓN
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

Acta General de Graduación No 001

(06 Diciembre de 2002)

En la Ciudad de Bogotá D.C., a los seis (6) días del mes de diciembre de 2002, se reunieron con el fin de formalizar la Graduación de las estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretario Académico en la Rectoría del Liceo Femenino de Mercedes Nariño I.E.D. Jornada Tarde Institución aprobada en el Nivel de Educación Media Secundaria y autorizada la Secretaria de Educación de Bogotá D.C., para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Académico, según Resolución No 2592 del 28 de Agosto del 2002.

Comprobada la situación legal y académica de cada una de las estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el título de Bachiller Académico a las graduandas cuyos apellidos, nombres y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

DIANA MARIA OSORIO MARIN

C.C. No.52957540 de Bogotá

Esta Acta consta de (148) estudiantes graduadas, que comienza DIANA CAROLINA ACEVEDO BERNAL y termina con VIVIANA CONSTANZA VARELA MORENO.

En constancia se firma la presente Acta, por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7° del Decreto 180 de 1981.

Dada en Bogotá D.C., a los 29 días del mes de mayo del año 2014.

LINO ACOSTA ACOSTA

C.C. No.11.377.203 de Fusagasugá

Secretario Académico

BOGOTÁ
HUMANANA

Dirección: Avenida Caracas No. 23-24 Sur Tel.: 239 27 41 - 272 63 02 - 366 65 57 Fax: 239 27 41
Correo: lfemeninocund@redp.edu.co



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999
y Licencia Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del programa Acuerdo N° 164 del 18 de Marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial
Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010,
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 029

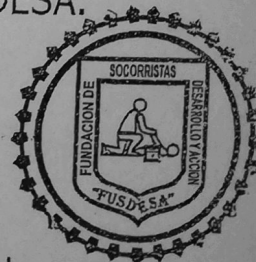
ACTA INDIVIDUAL N° 12987

En Bogotá D.C. a los 13 días del Mes de Julio del año 2013,
DIANA MARÍA OSORIO MARÍN
Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 52957540 De Bogotá D.C
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
AUXILIAR EN ENFERMERÍA, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS**.

Anotado en el Folio 12987 del Libro 05 del Registro de FUSDESA.



Lila Yaneth Cicua Ramírez
LILA YANETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA



Nancy Galindo Gómez

NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARÍA ACADÉMICA



CIUDAD DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que
DIANA MARIA OSORIO MARIN
Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 52957540

Cursó y aprobó la acción de Formación ORIENTACIÓN EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LACTANCIA MATERNA Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Pitalito a los Un (01) días del mes de Julio de Dos Mil Once (2011)

[Firma]

HENRY LISCANO PARRA
SUBDIRECTOR CENTRO DE GESTIÓN Y DESARROLLO SOSTENIBLE SURCOLOMBIANO
REGIONAL HUILA



SGCV20113373742 01/07/2011
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página <http://sis.senavirtual.edu.co>

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006



REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

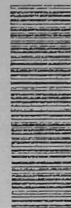
DIANA MARIA OSORIO MARIN

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 52957540

**Cursó y aprobó la acción de Formación
FUNDAMENTOS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Medellín a los Veintitres (23) días del mes de Mayo de Dos Mil Once (2011)



SGCV20113250813

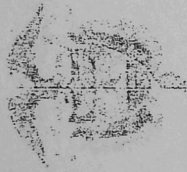
SGCV20113250813 23/05/2011

No. Y FECHA DE REGISTRO

OSCAR HERNAN AVENDAÑO MONSALVE
SUBDIRECTOR CENTRO TECNOLÓGICO DE GESTIÓN INDUSTRIAL
REGIONAL ANTIOQUIA

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página <http://sis.senavirtual.edu.co>

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006



REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

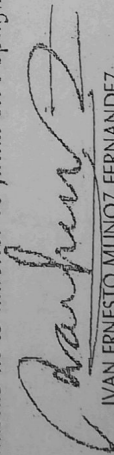
DIANA MARIA OSORIO MARIN

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 52957540

Cursó y aprobó la acción de Formación
ASPECTOS SANITARIOS EN LA NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Popayan a los Catorce (14) días del mes de Julio de Dos Mil Once (2011)


IVAN ERNESTO MUÑOZ FERNANDEZ
SUBDIRECTOR CENTRO AGROPECUARIO
REGIONAL CAUCA



SGCV20113423248

SGCV20113423248 14/07/2011

No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página <http://sis.senavirtual.edu.co>

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006



INSTRUMENTO DE REGISTRO

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

DIANA MARIA OSORIO MARIN

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 52957540

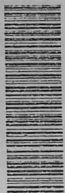
Cursó y aprobó la acción de Formación
CONTROL DE LA INFECCIÓN EN EL MEDIO HOSPITALARIO (DESINFECCIÓN)

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Cartagena a los Siete (07) días del mes de Julio de Dos Mil Once (2011)

Nayib Xavier Morelo Mogolton

NAYIB XAVIER MORELO MOGOLTON
SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL BOLIVAR



SGCV20113395939

SGCV20113395939 07/07/2011
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página <http://sis.senavirtual.edu.co>

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006



El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

DIANA MARIA OSORIO MARIN

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 52957540

Cursó y aprobó la acción de Formación

HUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Manizales a los Dieciséis (16) días del mes de Junio de Dos Mil Once (2011)

JOSE FROILAN RAMIREZ SIERRA
SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL CALDAS



SGCV20113336350 16/06/2011

No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página <http://sis.senavirtual.edu.co>

Rendición 000484 del 06 de Marzo de 2006

El Hospital Santa Clara

certifica que

DIANA OSORIO MARIN

ha participado en la

Actualización y Taller

de fortalecimiento en la seguridad del paciente

“Buenas Prácticas para el uso del sistema libre de agujas”

Celebrado en Bogotá D.C, el día 19 de Enero 2016, con una intensidad horaria de 2 horas

Adriana

ADRIANA MILENA BEDOYA CONDE
Referente de Seguridad del Paciente



Diana Mejia

DIANA MEJIA GUERRERO
Especialista Línea Terapia de Fluidos

Bogotá D.C

Señores:

Fundacion de Socorristas desarrollo y Accion Fusclesa.
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Isabella Maria Osorio Marin 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:

Tecnico laboral por Competencias Aux Enfermeria
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Isabella Maria Osorio Marin

Firma

No. de documento:

52957540

Tarjeta profesional No:

52957540

Dirección de contacto:

Carrera 29- #15-06 Sur.

Teléfono:

311.5590064



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SALUD
Hospital Santa Clara

NIT 860.020.188 - 1

ÁREA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA

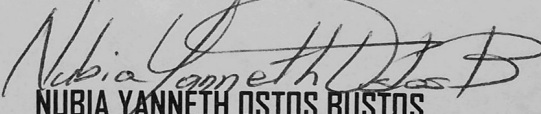
Que revisados los archivos de esta dependencia se constató que **OSORIO MARIN DIANA MARIA**, identificado con cédula de ciudadanía **52.957.540**, ha suscrito Órdenes de Prestación de Servicios con esta institución así:

AS 2330 2014	del	20 al 30 de junio de 2014
AS 2369 2014	del	01 al 31 de julio de 2014
AS 2586 2014	del	04 al 31 de agosto de 2014
AS 3090 2014	del	01 de septiembre al 31 de octubre de 2014
AS 4171 2014	del	01 30 de noviembre de 2014
AS 5071 2014	del	19 al 31 de diciembre de 2014
AS 0259 2015	del	02 de enero al 28 de febrero de 2015
AS 1055 2015	del	04 de marzo al 31 de agosto de 2015

Con Orden de Prestación de Servicios AS 1055 2015, plazo de ejecución del 04 de marzo al 31 de agosto de 2015, honorarios promedio mensuales (\$1,127,694) y actividades como APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA.

Actualmente, esta entidad se encuentra realizando el proceso de la nueva contratación la cual será a partir del mes de Septiembre de 2015.

Se expide la presente certificación a los nueve (09) días del mes de septiembre de dos mil quince (2015) a solicitud del interesado.


NUBIA YANNETH OSTOS BUSTOS
Profesional Especializado Talento Humano

FIRMA		ELABORÓ	
NOMBRE		Ana Sofía Botina Muñoz	
CARGO		Profesional Talento Humano	

Carrera 14 B No 1 - 45 sur
PBX: 328 2828 Ext 204.
www.esesantaclara.gov.co
Información: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52957540**

OSORIO MARIN
APELLIDOS

DIANA MARIA
NOMBRES

Diana Osorio
FIRMA



INDICE DERECHO

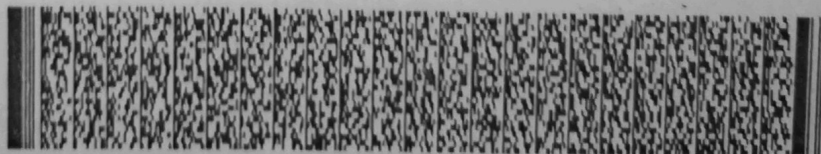
FECHA DE NACIMIENTO **05-FEB-1984**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

15-FEB-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Ivan Duque Escobar
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-1500115-47102421-F-0052957540-20020423

0383002113A 01 115005505



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

UNISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14404793592



(415)7707212489984(8020) 000001440479359 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 2 9 5 7 5 4 0

6. DV

2

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:

5 2 9 5 7 5 4 0

27. Fecha expedición:

2 0 0 2 0 2 1 5

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

OSORIO

32. Segundo apellido

MARIN

33. Primer nombre

DIANA

34. Otros nombres

MARIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 17 A SUR 29 A 60 BRR LA FRAGUA

42. Correo electrónico:

dianaosorio_323@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 0 2 9 3 1 1

45. Teléfono 2:

3 0 0 4 3 5 0 7 5 8

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 4 0 5 1 6

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número
establecimientos

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 ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 7 0 2 2 1

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

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

984. Nombre OSORIO MARIN DIANA MARIA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 21-02-2017

Hora: 11:46:08 AM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 52957540-2 DIANA MARIA OSORIO MARIN

Información General

Dirección CL 17A SUR 29A 60

Teléfonos 3029311-3004350758

Dirección electrónica dianaosorio_323hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 23/08/2016

Soporte Inscripción 17883702

Fecha Inicio Actividades 10/03/2010

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17001760733



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

Fuente ICA TE TOCA

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



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DE SALUD



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

DIANA MARIA
OSORIO MARIN

C.C. 52957540

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 10/03/2014

IDentico S.A.S

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 15845 de 06/12/2013
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) OSORIO MARIN DIANA MARIA Identificado(a) con CC número 52957540 expedida en BOGOTÁ D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según, CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION DE SOCORRISTAS "FUSDESA", el día 13/07/2013.

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

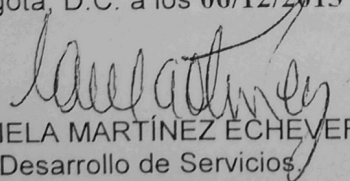
ARTICULO PRIMERO: autorizar a OSORIO MARIN DIANA MARIA identificado(a) con CC número 52957540 expedida en BOGOTÁ D.C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

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

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 06/12/2013


ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios

Revisó : Andrea Casas Vargas,
Elaboró : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 06/12/2013

A la fecha notifiqué personalmente al

señor (a) Diana M. Osorio

CC. # 52 957 540

Firma Diana Osorio

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



BOGOTÁ
HUMANA

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 *

52957540

Primer Nombre *

DIANA

Primer Apellido *

OSORIO

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-10→12:15:48 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	52957540	DIANA	MARIA	OSORIO	MARIN	Ver

Información Detallada [CC: 52957540] DIANA MARIA OSORIO MARIN

2018-12-10→12:15:48 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2013/12/06	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).

Carnet de
Vacunación

Nombre	<i>Ricardo Osorio</i>
Dirección	
Teléfono	
H.C.	<i>cc 52957540</i>
Entidad Vacunadora	

Punto de Vacunación Olaya

Cel. 301 545 0135
Cra. 21 No. 22-76
Nit. 20.286.617-4

PUNTO DE VACUNACIÓN

OLAYA

Nit. 1.072.298

CRA 21 NO. 22-76 S. CONS. 204 CEL.: 301-545 0135

Hepatitis B 4ta 12 JUN. 2013

HEPATITIS B HEPAVAX GENE	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
	1a.	<i>05/23/12</i>	<i>035 B 1000</i>	
	2a.	<i>06/30/12</i>	<i>035 B 1200</i>	
	3a.	<i>08/4/12</i>	<i>034112</i>	
TRIPLE VIRAL MORUPAR	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
	1			
INFLUENZA GRIPE	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
	1			

7 Aquí es la

Punto de Vacunación Olaya
Cel. 301 545 0135
Cra. 21 No. 22-76
Nit. 20.286.617-4

Punto de Vacunación Olaya
Cel. 301 545 0135
Cra. 21 No. 22-76
Nit. 20.286.617-4

HEPATITIS B	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
HEPAVAX GENE	1			
TRIPLE VIRAL	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
MORUPAR	1			
NEUMOCOCO	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA
OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACION	LOTE No.	FIRMA

SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS EN SALUD OCUPACIONAL SEMESO

Dr. JORGE ENRIQUE BETANCOURTH PLAZA
Médico Especialista en Salud Ocupacional
Registro. 10521868 Licencia. 11630.

EXAMEN MEDICO DE APTITUD LABORAL

INGRESO ☐ PERIODICO ☒ EGRESO ☐ T. ALTURAS ☐

Fecha: 24/11/2017
Nombre: Diana María Osorio Morán
C.C: 52957540 EDAD: 33 años
Cargo: Psicóloga Experiencia

Empresa: Hospital Santa Clara

Hacemos constar que en la fecha hemos examinado al aspirante suscrito del examen ocupacional solicitado por ustedes con el siguiente resultado de la valoración médica:

EXAMENES PRACTICADOS.

EXAMEN	SI	NO
MEDICO OCUPACIONAL	señalada	normal
AUDIOMETRIA		
VISIOMETRIA		
ESPIROMETRIA		
OTROS		

LABORATORIO CLINICO.

LABORATORIO CLINICO.									
CUADRO HEMATICO		GLICEMIA		:	mg/dl	TRIGLICERIDOS		:	mg/dl
COLES.TOTAL		:	mg/dl	HDL	:	mg/dl	LDL	:	mg/dl
P. DE ORINA			EKG				RX TORAX		
SEROLOGIA									

RESULTADOS DE LA VALORACION MÉDICA

APTO SIN RESTRICCIONES	☒	NO APTO	☐
APTO CON RESTRICCIONES	☐	APTO PARA TRABAJO ALTURAS	☐

RECOMENDACIONES: CONTROL E.P.S USO E.P.P.

REMISION:

Se entrega certificado de APTITUD LABORAL. Señor(a) Trabajador (a) a partir de la fecha, usted cuenta con un mes para seguir y realizar las recomendaciones que son registradas en este documento por el Médico Ocupacional.

Dr. Jorge E. Betancourth P.
Médico Especialista
en Salud Ocupacional
Registro. 10521868 Lic. 11630-12-07
Médico Especialista.
Lic. No.

Trabajador
CC.

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

DIANA MARIA OSORIO MARIN

52957540

Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

Mártha Yolanda Ruiz Valdes
Gerente

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

José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.



**PREVENTION EMP
Y Ps. FRANKLIN ALEXANDER TORRES ORTIZ
ESPECIALISTA EN EDUCACIÓN Y ORIENTACIÓN FAMILIAR**

Certifica que:

DIANA MARIA OSORIO MARIN
CC. 52.957.540 de Bogotá

Participó en el Taller:

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Desarrollado en la ciudad de Bogotá los días 12 y 13 de octubre de 2018
Intensidad 40 horas

Se certifica conforme decreto 4904/09 ítem 5.8 de MEN Educación Informal

ALEXANDER TORRES ORTIZ

PS. ESPECIALIZADO EN EDUCACIÓN Y ORIENTACIÓN FAMILIAR
TP. 79902306

EDWIN VELÁSQUEZ CASTAÑO

COORDINADOR DE CAPACITACIÓN

PREVENTION EMP

Registro Cámara y Comercio: 01990292 del 11-05-10

Nit. 900356827-7

CALLE 41ª # 8g-04 sur BOGOTÁ

Tel. 3175265466

preventionempleancia@hotmail.com



Registro Cámara y Comercio: 01990292 del 11-05-10
Nit. 900356827-7

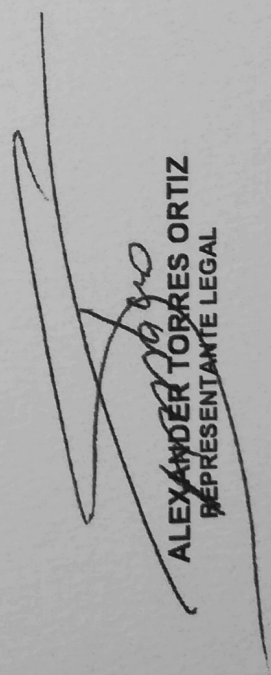
Certifica que:

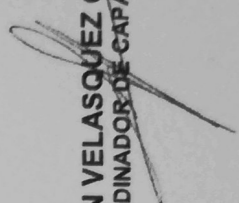
DIANA MARIA OSORIO MARIN
CC. 52.957.540 de Bogotá

Participó en el curso:

SOPORTE VITAL BASICO (BLS)
Desarrollado en la ciudad de Bogotá los días 20 y 21 de julio de 2018

Se certifica conforme decreto 4904/09 ítem 5.8 de MEN Educación informal
Intensidad 40 horas
Valido por 2 Años


ALEXANDER TORRES ORTIZ
REPRESENTANTE LEGAL


EDWIN VELASQUEZ CASTAÑO
COORDINADOR DE CAPACITACION

PREVENTION EMP
Registro Cámara y Comercio: 01990292 del 11-05-10
Nit. 900356827-7
CALLE 41ª # 8g-04 sur BOGOTA
Tel. 3175265486
preventionemplerencia@hotmail.com

 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARAFT					
FECHA: 07-12-18		CIUDAD: Bogotá		DEPARTAMENTO: Cundinamarca	
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente 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 Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR ☐	PARTICIPAR ☐	CONTRATISTA OPS ☒	SERVIDOR PÚBLICO ☐	OTRO ☐	CUAL: <input type="text"/>
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO: Osorio		SEGUNDO APELLIDO: Harin		PRIMER NOMBRE: Ismael	
SEGUNDO NOMBRE: Harica					
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ CE ☐ RC ☐ NIIP ☐		Nº IDENTIFICACIÓN 52,952,540		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio) Bogotá D.C. - Cundinamarca	
FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD) 2002/febrero/05		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐			
FECHA NACIMIENTO: 05-Feb/1989		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) Bogotá D.C. Cundinamarca		PAÍS NACIMIENTO: Colombia	
NACIONALIDAD: Colombiana					
ESTADO CIVIL SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐		PERSONA A CARGO: 1		NÚMERO DE HIJOS: 1	
TELÉFONO CELULAR: 3115590069					
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA					
MAFIA ☐ TECNICO ☐ UNIVERSITARIO TECNOLÓGICO ☐ BACHILLER ☐ OTRO ☐		PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☒		CUAL: <input type="text"/>	
PROFESIÓN / OFICIO: Asesora Enfermera					
DIRECCIÓN RESIDENCIA: Carretera 29 # 15-06 Sur		CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá		DEPARTAMENTO: Cundinamarca	
PAÍS RESIDENCIA: Colombia		TELÉFONO RESIDENCIA: 4671259			
CORREO ELECTRÓNICO: dianacosorio323@gmail.com		PORTAL O PÁGINA INTERNET:		TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐	
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene):		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	
PAÍS:		TELÉFONO/FAX:			
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO: Infante		SEGUNDO APELLIDO: Pedraza		PRIMER NOMBRE: Jamiel	
SEGUNDO NOMBRE:					
TIPO DE IDENTIFICACIÓN CC ☒ CE ☐ RC ☐ NIIP ☐		NÚMERO IDENTIFICACIÓN 80 054 093		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio) Bogotá	
FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD) 1999/Julio/06		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐			
NACIONALIDAD: Colombiano					
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA					
ASALARIADO ☐ CONDOMINIO ☐ PROPIA ☐ COMERCIAL ☒ PROFESIONAL ☐ INDEPENDIENTE ☐		EMPLEADO PÚBLICO ☐ OTRO ☐		CUAL: <input type="text"/>	
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE		DECLARA RENTA		CÓDIGOS C.U.B. ACTIVIDAD ECONÓMICA	
SI ☐ NO ☒		IVA ☐ ICA ☐		8692	
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒		AGENTE RETENEDOR		PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒	

FUNCIONARIO PÚBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☒ NO ☐	SI ☐ NO ☒	Subred Integrada de Salud Centro Oriente ESE	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ IND ☒	RUT ☐ 900959051
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ DEPORTE ☐ TELELOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☒	OTRA ☐ CUAL ☒		
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
Carrera 14b #1-45 sur	3283105	Bogotá	Cundinamarca
CARGO ACTUAL	Aux. de Enfermería		FECHA VINCULACION 26 mayo 2019

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	1,400,000	GASTOS FAMILIARES	1,400,000	AHORROS	-0-
HONORARIOS	-0-	ARRENDOS	-0-	INVERSIONES	-0-
ARRENDOS	-0-	CUOTA VEHICULO	-0-	VEHICULOS	-0-
COMISIONES	-0-	CUOTA VIVIENDA	-0-	PROPIEDADES	-0-
OTROS INGRESOS*	-0-	OTROS EGRESOS*	-0-	OTROS ACTIVOS*	-0-
TOTAL INGRESOS	1,400,000	TOTAL EGRESOS	1,400,000	TOTAL ACTIVOS	-0-
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	

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
Nieves		David	
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
Carrera 12 este #12-25 sur	Bogotá	Amigo	3204627692

7. REFERENCIA FINANCIERA				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
Banco Bogotá	Cta. de Ahorros	102-65061-1	Eduardo Santos	2331349

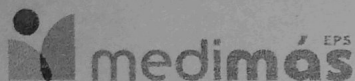
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:					
IMPORT ☐	EXPORT ☐	TRANSFERENCIAS ☐	PRESTAMOS ☐	PAGO SERVICIOS ☐	OTRA ☐
					CUAL: <input type="text"/>

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 de Enfermería

- 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, comómente o modifique).
- No admite 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, comómente o modifique), ni el comónte transacciones, denominadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
- A la misma declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinan a actividades lícitas.
- Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
- Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar aviso 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 numeralles anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionatorias con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
- Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueron requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.



Certificación
de afiliación

Certificado de Afiliación

La Señora DIANA MARIA OSORIO MARIN , identificada con Cédula Ciudadanía 52.957.540, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	DIANA MARIA OSORIO MARIN	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Número de identificación:	52957540	Fecha de retiro:	
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Razón de estado:	PILA
Estado actual:	VIGENTES	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Dirección actual de residencia:	CALLE 17ASUR NO 29A60	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA DC
Teléfono actual de residencia:	3029311		

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
52957540	Osorio Marin Diana Maria	01/08/2017	

información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
------------------	----------------	----	--------	------------------	--------	--------------	------------

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 10 días del mes de Diciembre de 2018, a solicitud del interesado.

****INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION****

**SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55**

CORDIALMENTE

Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro:



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **DIANA MARIA OSORIO MARIN**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **52,957,540**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 10 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes



AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

52 957 540.

Numero de Documento

Sesuros Bolivar

ARL

Diana

Primer Nombre

Flara

Segundo Nombre

Osono

Primer Apellido

Flarin

Segundo Apellido

05 Feb. 1984

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

Carre 29 - #15-06 sur

Dirección de Residencia

4671259

Teléfono Fijo

Medimas

EPS - Salud

Porvenir.

AFP - Pensiones

\$ 1400.000

Honorarios

Aux de Enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

26 mayo 2014.

Fecha Inicio del Contrato

diana.oseño323@gmail.com.

Correo Electrónico

3115590064.

Celular

Diana Osono
52 957 540

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118995411**



WEB

12:05:11

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 10 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidad (SIRI), el(la) señor(a) DIANA MARIA OSORIO MARIN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52957540:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

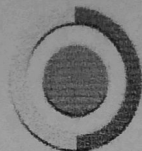
ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. Cuando se trate de nombramiento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

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

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

ATENCIÓN :

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



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

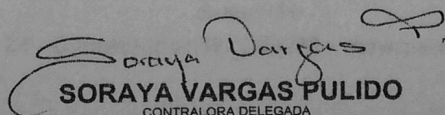
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 10 de diciembre de 2018, a las 12:04:12, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52957540
Código de Verificación	52957540181210120412

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



Bogotá D.C., 10 de Diciembre de 2018 - 12:03 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **DIANA MARIA OSORIO MARIN**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CUARENTA** de BOGOTÁ, D.C.

52957540

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 Jazmin Cabrales Romero

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO

INSTITUCIÓN

CONTÁCTENOS

PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:02:02 horas del 10/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 52957540

Apellidos y Nombres: **OSORIO MARIN DIANA MARIA**

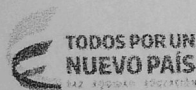
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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



Gobierno en
Línea

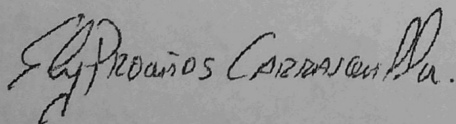
Todos los derechos reservados.

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que OSORIO MARIN, DIANA MARIA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 52.957.540 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 102650611, abierta/o desde el 07/07/2014, con saldo a la fecha de: \$ 11.122

Se expide en Bogotá el día 10 del mes de Diciembre del año 2018



Firma Autorizada

 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-FT-001 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-05-22	
SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA: 07-12-18		CIUDAD: Bogotá		DEPARTAMENTO: Cundinamarca	
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No. 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR ☐	PARTICULAR ☐	CONTRATISTA OPS ☒	SERVIDOR PÚBLICO ☐	OTRO ☐	CUAL: <input type="text"/>
I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO: Osorio		SEGUNDO APELLIDO: Flamin.		PRIMER NOMBRE: Bona.	
				SEGUNDO NOMBRE: Harica	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		Nº IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	
CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUP ☐		52,952,540		Bogotá D.C. - Cundinamarca	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO: 05-Feb/1989		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Bogotá D.C. Cundinamarca		PAÍS NACIMIENTO: Colombia	
				NACIONALIDAD: Colombiana	
ESTADO CIVIL:		PERSONA A CARGO:		NÚMERO DE HIJOS:	
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐		1		1	
				TELÉFONO CELULAR: 3115590064	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA					
MAESTRÍA ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO (LICENCIADO) ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ SECUNDARIA ☒					
CUAL: <input type="text"/>					
PROFESIÓN / OFICIO: Aux Enfermera					
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA:		DEPARTAMENTO:	
Carrera 24 # 15-06 80r		Bogotá		Cundinamarca	
				PAÍS RESIDENCIA: Colombia	
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PÁGINA INTERNET:		TIPO DE VIVIENDA:	
dianacoos10323@gmail.com				PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐	
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene):		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	
				PAÍS:	
				TELÉFONO FAX:	
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO: Infante		SEGUNDO APELLIDO: Pedrozo		PRIMER NOMBRE: Jomielit	
				SEGUNDO NOMBRE:	
TIPO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO IDENTIFICACIÓN		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	
CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUP ☐		80054093		Bogotá	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐	
				NACIONALIDAD: Colombiano	
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:					
ASALARIADO ☐ EMPLEADO ☐ PROPIETARIO ☐		EMPRESARIO ☒ COMERCiante ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐		CUAL: <input type="text"/>	
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARACIÓN:		CÓDIGOS C.U.E. ACTIVIDAD ECONÓMICA:	
		SI ☐ IVA ☐ NO ☒ ICA ☐		8692 <input type="text"/>	
				PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE:		AGENTE RETENEDOR:		AGENTE AUTORETENEDOR:	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒	

 <small>Subred Integrada de Servicios de Salud</small> Centro Oriente ESE		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
FUNCIONARIO PÚBLICO ☒ SI ☐ NO		ADMINISTRA. RECURSOS PÚBLICOS ☐ SI ☒ NO		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA Subred Integrada de Salud Centro Oriente ESE	
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ ESPORTE ☐ TELELOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ OTRAS ☐ CUAL ☒		GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ IND ☒		ENT 900959051	
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA Carrera 146 #1-45 sur		TELÉFONO 3283105		CIUDAD/MUNICIPIO Bogotá	
CARGO ACTUAL Aux. de Enfermería		DEPARTAMENTO Cundinamarca		PAÍS Colombia	
FECHA VINCULACIÓN 26 mayo 2014					
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	PASIVOS
SALARIOS	1,400,000	GASTOS FAMILIARES	1,400,000	ALIBOROS	-0-
RENTAS	-0-	ARRENDOS	-0-	DIVERSIONES	-0-
ARRENDOS	-0-	CUOTA VEHICULO	-0-	VEHICULOS	-0-
COMISIONES	-0-	CUOTA VIVIENDA	-0-	PROPIEDADES	-0-
OTROS INGRESOS*	-0-	OTROS EGRESOS*	-0-	OTROS ACTIVOS*	-0-
TOTAL INGRESOS	1,400,000	TOTAL EGRESOS	1,400,000	TOTAL ACTIVOS	-0-
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS		DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	
6. REFERENCIAS PERSONALES <small>(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)</small>					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Nieves		David			
DIRECCIÓN	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS	TIPO RELACIÓN	TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSIÓN/CELULAR		
Carrera 12 este #12-25 sur	Bogotá	Amigo	3204627692		
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO	
Banco Bogotá	Cta. de Ahorros	102-65061-1	Eduardo Santos	2331749	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: ☐ SI ☒ NO					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS: ☐ IMPORT ☐ EXPORT ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRÉSTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:					
8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS					
Quien suscribe la presente solicitud, jurando 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 entregue 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 de Enfermería					
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique).					
3. No admitir 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 efectúe 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 destinan 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, sustrayendo 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 incumplimiento de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionatorias con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximido por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por abstención errónea, falta 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 informaciones que fueran requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.					

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Asalarado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. 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 soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.).

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, 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 estadísticos, 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 regulaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, FiscoCol, 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 INFORMACIÓN 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 INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

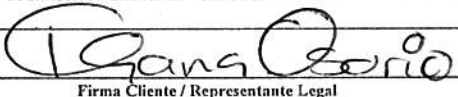
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal c) 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 sealoff@subredcentroorientee.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 DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, 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.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientee.gov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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


Firma Cliente / Representante Legal


Huella Índice Derecho

X. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

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