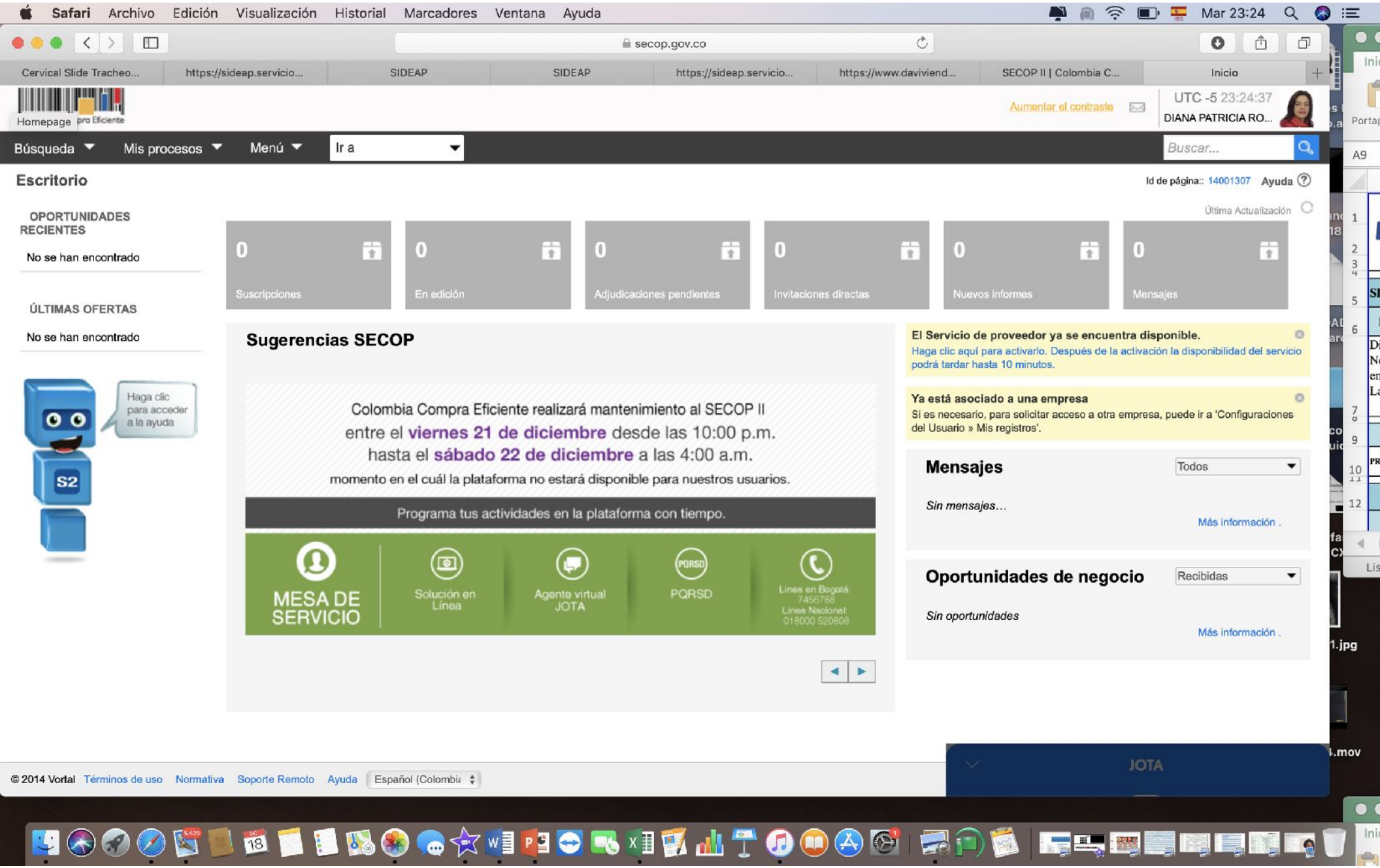

Safari Archivo Edición Visualización Historial Marcadores Ventana Ayuda
Mar 23:24
secop.gov.co
Cervical Slide Tracheo...
https://sideap.servicio...
SIDEAP
SIDEAP
https://sideap.servicio...
https://www.daviviend...
SECOP II | Colombia C...
Inicio
Homepage
Aumentar el contraste
UTC -5 23:24:37
DIANA PATRICIA RO...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio
Id de página:: 14001307
Ayuda
Última Actualización
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
0 Suscripciones
0 En edición
0 Adjudicaciones pendientes
0 Invitaciones directas
0 Nuevos informes
0 Mensajes
Haga clic para acceder a la ayuda
S2
Sugerencias SECOP
Colombia Compra Eficiente realizará mantenimiento al SECOP II
entre el viernes 21 de diciembre desde las 10:00 p.m.
hasta el sábado 22 de diciembre a las 4:00 a.m.
momento en el cuál la plataforma no estará disponible para nuestros usuarios.
Programa tus actividades en la plataforma con tiempo.
MESA DE SERVICIO
Solución en Línea
Agente virtual JOTA
PQRSD
Línea en Bogotá 7456788
Línea Nacional: 018000 520808
El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.
Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.
Mensajes
Todos
Sin mensajes...
Más información .
Oportunidades de negocio
Recibidas
Sin oportunidades
Más información .
© 2014 Vortal Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia
JOTA

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: 19-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ROMERO	LARA	DIANA PATRICIA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 40036790

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 15 MES JUL AÑO 1974

PAÍS: Colombia

DEPTO: Boyacá

CIUDAD: Duitama

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cr 58 no 115a-98 torre 10 apto 201

PAÍS: Colombia DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C. TELEFONO: 3114548857

EMAIL: dromerolara@yahoo.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 BASICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO: Bachiller académico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. (X)	MES: DICIEMBRE AÑO: 1991

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 NUMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
ES	10	X		ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA	1	2006	302709
UN	12	X		MEDICO(A) CIRUJANO(A)	12	1997	302709

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

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: 19-dic-2016

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
Unicirujed			X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
(01) 476-9469	DIA 1 MES 10 AÑO 2015		DIA 30 MES 6 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Cirujana pediátrica	cirugia pediatrica		cr 50 no 110a-80	

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
anaemedic			X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		direccion@anaemedic.com.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
Calle 11 No. 16-51	DIA 1 MES 10 AÑO 2011		DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN	
Cirujana pediátrica	cirugia pediatrica		Calle 11 No. 16-51 Barrio Primero de Mayo	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	0	0
PRIVADO	7	2
PARTICULAR	13	7
TOTAL	7	2

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

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: 19-dic-2018

15 / Dic / 2018
Ciudad y fecha del diligenciamiento

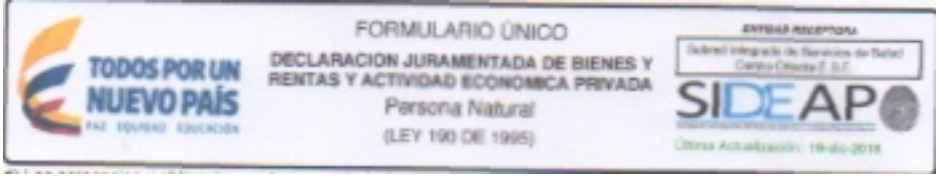
FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

6 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


TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN
FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)
ENTIDAD RECEPTORA
SIDEAP
Última Actualización: 19-dic-2018

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCOLOMBIA	CREDITO	$ 3.245.516,00
BANCOLOMBIA	TARJETA DE CRIDITO	$ 300.000,00
DAVIVIENDA	CREDITO	$ 1.800.000,00
DAVIVIENDA	TARJETA DE CREDITO	$ 3.000.000,00
MARICELA TORRES	SLARIO	$ 870.000,00
VALERIA BLANCO	HIJA	$ 3.000.000,00

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGIA PEDIATRICA	SOCIO

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO			NÚMERO DOCUMENTO
CARLOS BLANCO GONZALEZ	C.C(1)	C.E( )	T.I.( )	91298251

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
SIDEAP
Última Actualización: 19-dic-2015

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCOLOMBIA	CREDITO	$ 3.245.516,00
BANCOLOMBIA	TARJETA DE CRIDITO	$ 300.000,00
DAVIVIENDA	CREDITO	$ 1.800.000,00
DAVIVIENDA	TARJETA DE CREDITO	$ 3.000.000,00
MARICELA TORRES	SUARIO	$ 870.000,00
VALERIA BLANCO	HIJA	$ 3.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
SOCIEDAD COLOMBIANA DE CIRUGIA PEDIATRICA	SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
CARLOS BLANCO GONZALEZ	C.C(X) C.E( ) T.I.( )	91298251

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
VENDEDORA DE PRODUCTOS DE AMWAY	VENDO OCASIONALMENTE
cirujana pediatrica	prestaciones de servicios

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 19-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
SIDEAP
Última Actualización: 10-ene-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DIANA PATRICIA ROMERO LARA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ C.E. ○ T.I. ○ **No.** 40036790 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección Cr 58 no 119a-98 torre 10 apto 231 **Teléfonos** 3114548857 3114548857

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
VALERIA BLANCO ROMERO	1098440807	HIJO(A)
RAFAEL ROMERO SUAREZ	4189812	PADRE
ALBERTO ROMERO LARA	74323705	HERMANO(A)
ENRIQUE ROMERO LARA	79566125	HERMANO(A)

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

PARA TOMAR POSESIÓN ⊗ 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:

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

CONCEPTO	VALOR
ALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
ESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
ASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
RRIENDOS	$ 0,00
ONORARIOS	$ 401.644,00
TROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 401.644,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	05500780003071054	NEIVA	$ 18.900.000,00
BANCOLOMBIA	AHORROS	45725713871	BOGOTA	$ 3.198.000,00
BANCOLOMBIA	CORRIENTE	45736752019	BOGOTA	$ 11.972.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	CR 58 NO 119A-98 T10 A 231	$ 450.000.000,00
VEHICULO	KAS365	$ 20.000.000,00

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TITULO DE

Médica Cirujana

A

Diana Patricia Romero Lara

C.C. No. 40.036.790 EXPEDIDA EN Tunja (Boy.)

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

D I P L O M A

EN LA CIUDAD DE Santafé de Bogotá D.C. Diciembre 17 DE 1997

DECANO DE LA FACULTAD

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIO GENERAL

EL SUSCRITO NOTARIO SEGUNDO DEL CIRCULO DE TUNJA CERTIFICA QUE ESTA FOTOCOPIA FUE COMPULSADA CONTRA EL ORIGINAL Y ES AUTENTICA
06 SET 1999

REGISTRADO AL FOLIO 246 DEL LIBRO DE DIPLOMAS No. 54M
DE LA SEDE DE Stafé de Bta D.C. FACULTAD DE Medicina
0053569

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

TENIENDO EN CUENTA QUE

Diana Patricia Romero Lara

c.c. 40.036.790 Tunja

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE
TODOS LOS REQUISITOS REGLAMENTARIOS DEL PROGRAMA
DE ESTUDIOS PARA GRADUADOS LE CONFIERE EL TITULO DE

Especialista en Cirugía Pediátrica

EN LA CIUDAD DE Bogotá A Abril 15 DE 2005

DECANATURA FACULTAD

RECTORIA GENERAL

Elizabeth López Leiva
SECRETARIA GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 21 DEL LIBRO DE DIPLOMAS No. 2
DE LA SEDE DE Bogotá FACULTAD DE Medicina

0013722

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE
Medicina
ACTA DE GRADO NUMERO 8035

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE Medicina

EN SU SESION DEL DIA 20 DE Noviembre DE 1997

ACTA No. 39 CONSIDERANDO QUE :

Diana Patricia Romero Lara

C.C. No. 40.036.790 de Tunja (Boy.)

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA UNIVERSIDAD RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE :

Médica - Cirujana

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL Y DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL DECANO DE LA FACULTAD HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA CORRESPONDIENTE REGISTRADO AL FOLIO No. 246 L. 54R

ACUERDO Nº 156 DE 1.980 - CONSEJO SUPERIOR UNIVERSITARIO

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE Stafé de Bté A LOS 17 DIAS DEL MES DE Dic. DE 1997

PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

SECRETARIO DEL CONSEJO DIRECTIVO

00053569

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 125

El Consejo de Facultad en su sesión del día 18 de marzo de 2005 Acta No. 10

CONSIDERANDO QUE

Diana Patricia Romero Lara

C.C. Nº. 40.036.790 de Tunja

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad resuelve otorgarle el título de

Especialista en Cirugía Pediátrica

Trabajo Final o Tesis:

Enfermedad ulcero-péptica en niños. Fundación Hospital Pediátrico de la Misericordia Bogotá D.C. 1988-2004.

En nombre y representación de la Universidad Nacional de Colombia y de la República de Colombia y previo al juramento de rigor, el Vicerrector de la Sede hizo entrega del Diploma Número 13722 registrado en el Folio No. 21 del Libro 2

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá a los 15 días del mes de Abril de 2005

PRESIDENCIA
Consejo de Facultad

María Teresa Perdomo Adolla
SECRETARÍA
Consejo de Facultad

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Nacional de Colombia
(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 Patricia Romero Lara 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:

Especialista en cirugía pediatrica
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Diana Patricia Romero Lara.

No. de documento: 40036790

Tarjeta profesional No: 302799

Dirección de contacto: Cr 58 # 119A-98 T 10 A-231

Teléfono: 311 454 8857

ANESMEDIC
SINDICATO DE GREMIO

ASG_GAC 495

LA DIRECTORA ADMINISTRATIVA DE ANESMEDIC
SINDICATO DE GREMIO
NIT. 900.459.733-6

CERTIFICA:

Que la Doctora **DIANA PATRICIA ROMERO LARA,** identificada con Cédula de Ciudadanía número 40.036.790 expedida en Tunja (Boyacá), en virtud del artículo 39 de la Constitución Política de Colombia, está afiliada a este sindicato y mediante convenio de ejecución es afiliada partícipe en la especialidad de Cirugía Pediátrica, participa en el desarrollo de diferentes contratos sindicales suscritos entre Anesmedic y el Hospital Infantil Universitario de San José, desde el 01 de octubre de 2011.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada en Neiva (Huila), a los diecinueve (19) días del mes de Diciembre de 2018.

ROSA ELENA SALAZAR LONDOÑO
Directora Administrativa

Proyectó: BHBP

Nit. 900.459.733-6
Calle 11 No. 16 - 51
Tel. 8643522 - Cel. 316 467 9084 Neiva (Huila)
contactos@anesmedic.com.co

NIT. 900.651.249-4

LA SUSCRITA CONTADORA DE
UNICIRUPED SINDICATO DE GREMIO

CERTIFICA:

Que la Doctora **DIANA PATRICIA ROMERO LARA,** identificada con Cédula de Ciudadanía número 40.036.790 expedida en Tunja (Boyacá), es afiliada a nuestro Sindicato desde el 01 de agosto de 2015 y aporta su trabajo como médico especialista en Cirugía Pediátrica, con un convenio de ejecución a término indefinido.

Que por los procesos asistenciales que desarrolla en las entidades con las que tenemos contrato sindical, registró un promedio mensual: ($39.856.238).

La presente certificación se expide Neiva (Huila), a los dieciseis (16) días del mes de febrero de 2017, con destino a UK Visas and Immigration.

BLANCA SOFIA TAFUR BAUTISTA
CC. No. 36.166.673
T.P. 28002-T

Cra 58 No. 119 A – 98 TO 10 APTO 231
Teléfono Cel. 3015049045
unicirupedgerencia@gmail.com



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.036.790
ROMERO LARA
APELLIDOS
DIANA PATRICIA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 15-JUL-1974
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.56 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-OCT-1992 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00417925-F-0040036790-20131221 0031912207A 1 1482165544

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14432888870

(415)7707212489984(8020) 000001443288887 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 0 3 6 7 9 0	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	4 0 0 3 6 7 9 0	1 9 9 2 1 0 3 0

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROMERO	LARA	DIANA	PATRICIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 58 119 A 98 TO 10 APTDO 231 CONJ PROVENSA CAMPESTRE FASE II

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
dromerolara@yahoo.com		3 0 0 2 0 4 1 2 7 0	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 5 0 2 0 1	8 2 9 9	2 0 1 7 0 9 2 2			2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	5	1	6	1	2																					

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 7 1 0 1 3

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 VELASQUEZ DELGADILLO DAVID ALEJANDRO
985. Cargo: Analista I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 26-08-2017
Hora: 8:08:09 AM

CONTRIBUYENTE NIT 40036790-1 DIANA PATRICIA ROMERO LARA

Información General

Dirección KR 58 119 A 96 TO 10 AP 231

Teléfonos 3002041270

Dirección electrónica dromerolara@yahoo.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 26/08/2017

Soporte Inscripción 15917632

Fecha Inicio Actividades 01/01/2014

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86211-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U 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 SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002179521

Fuente ICA TE 70CA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD

TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro Nº 15 3027 / 1999

Firma Médico

Nombres y Apellidos

DIANA P. ROMERO L.

C.C. o C.E.: C 40036790 De: TUNJA

Universidad: NACIONAL DE COL Ciudad: BOGOTA

Código: 29637/01 Fecha de Expedición: 6/12/2000

Departamento de Boyacá

Secretaría de Salud

RESOLUCION NUMERO 3027

(13 SET 1999)

Por la cual se confiere una autorización
(Decreto 1875 de 1994)

C O N S I D E R A N D O

Que la Doctora DIANA PATRICIA ROMERO LARA , identificada con la cédula de ciudadanía número 40.036.790 expedida en Tunja, ha solicitado el registro de su título de MEDICA CIRUJANA que le otorgó LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA , el día 17 de diciembre de 1997;

Que dicho título se encuentra Registrado en la Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina, Libro 54 Ñ, al Folio 246;

Que el peticionario cumplió con el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN EL DEPARTAMENTO DE BOYACA, en la Alcaldía Mayor de Tunja, Dirección Municipal de Salud, durante el período comprendido entre el 1 de septiembre de 1998 y el 31 de agosto de 1999;

R E S U E L V E

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a la Doctora DIANA PATRICIA ROMERO LARA, para ejercer la profesión de MEDICA CIRUJANA en todo el Territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Tunja

HECTOR JULIO RECERRA RUIZ
Secretario de Salud de Boyacá

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 *

40036790

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-19→12:10:29 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	40036790	ROMERO	LARA	DIANA	PATRICIA	Ver

Información Detallada [CC: 40036790] ROMERO LARA DIANA PATRICIA

2018-12-19→12:10:29 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Medicina	1999/9/13	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

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).

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Centro Oriente Subred Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
Formato: Compromiso de actualización y entrega de documentos	**Código**	**Macroproceso:** Estratégico **Proceso:** Gerencia de Talento Humano	**Página:** 1 de 1 **Versión:** **Fecha:**

Bogotá, D.C, 4 (día) de 01 (mes) de 2018 (año)

Yo Diana Patricia Romero Lara
identificado/a con CC No. 40036790, me comprometo a actualizar y entregar a la oficina de Talento Humano el (los) documento(s): certificado de tribunal de ética medica,
para que pueda(n) ser adjuntado(s) como soporte de mi hoja de vida, con fecha máxima 4 de marzo de 2019.

Estoy informado/a que el pago del mes inmediatamente posterior a la fecha límite, está sujeto al cumplimiento del presente compromiso.

Cordialmente,

Firma: Diana Patricia Romero Lara
Correo de contacto: dromerolara@yahoo.com
Dirección de contacto: cra 58 # 119A-98 T 10 AZ31
Teléfono: 3114548857.

SOLICITUD

El presente certificado no tiene ningún costo y será expedido tanto pronto se registre, favor colocar correctamente los datos solicitados.

Favor colocar los datos tal y como se expedirá en el certificado correspondiente:

- El valor del campo cedula ya está en uso.

Yo

DIANA PATRICIA ROMERO LARA

identificado(a) con No.

40036790

de

tunja

con Registro médico o Tarjeta Profesional No.

302799

Expedida por

colombia

y egresado(a) de la Universidad de

Universidad Nacional de Colombia

solicito la expedición del informe de mis antecedentes disciplinarios, con motivo de

para contratación

Email

dromerolara@yahoo.com

Telefono

3114548857

Al diligenciar este formulario usted se acoge y ACEPTA TÉRMINOS Y CONDICIONES (https://tribunalnacionaldeeticamedica.com/acepta/) y la POLÍTICA DE TRATAMIENTO Y PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA - De acuerdo con la Ley 1581 de 2012 (https://tribunalnacionaldeeticamedica.com/leyes/) y el Decreto 1377 de 2013. (https://tribunalnacionaldeeticamedica.com/decreto/)

ENVIAR

Tribunal Nacional de Ética Médica.

Es una entidad creada por la Ley 23 de Febrero 18 de 1981 y reglamentada por el Decreto 3380 de 1981, con sede en la capital de la República, con autoridad para conocer de los procesos disciplinarios ético profesionales que se presenten por razón del ejercicio de la Medicina en Colombia.

CONTÁCTENOS

6279983 - 6279975
Fax: 6279587

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32
Centro comercial Futuro 147
Bogotá D.C, Colombia (https://goo.gl/mvYx7p)

trnetmed@outlook.com (mailto:info@trnetmed@outlook.com)

© Copyright Tribunal Nacional de Ética Médica

LABORATORIO CLÍNICO
MARÍA DEL PILAR CASTRO

Dra. MARIA DEL PILAR CASTRO
Nit: 52.426.699-6
Dirección : cra 5a # 17 - 21 Teléfono: 8721158
Correo electronico: laboratorioclinicomariadelpilarc@yahoo.com

INFORME DE RESULTADOS

Orden:	14061223	Fecha: junio 12de 2014	Servicio: Rutina
	Paciente	**Médico**	**Entidad**
Nombre	DIANA PATRICIA ROMERO		LABOR VIDA - MEDILASER
Dirección			
Teléfono	3002041270		
Documento	40036790		39 años

Exámen	Resultado	Intervalo de Referencia

HORMONAS

HepatitisB, Anticuerpos S (Anti - HBS) — Técnica: Quimioluminiscencia Encimática Amplificada

Resultado:	> 2000 mIU/ml	No reactivo: 0 - 10 mLU/mL

MARIA DEL PILAR CASTRO
Bacteriólogo Reg:1669

GOBERNACION DE BOYACA

SECRETARIA DE SALUD

"JORNADA NACIONAL DE VACUNACION"

Nombre: Diana P. Romero.

Fecha de Nacimiento	15	07	74
Fecha de Vacunación	18	05	95
	16	06	95
Municipio	17	07	95.

Biológico H. B.	X.	X	X	R
Biológico	1	2	3	R

Responsable:

ALCALDIA DE TUNJA



FECHA Enero 17/04

NOMBRE Diana patricia Ro

CLASE DE VACUNA Monovalente

1a. Dosis			2a. Dosis			Refuerzo			Refuerzo		
D	M	A	D	M	A	D	M	A	D	M	A
17	01	09									

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	28/04/2010	0241908BC	
	2	1/06/10	EU40308D	
	3	/10/10		
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
H1N1	28/04/2010		10241	
Contra Influenza				
Otras				

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



DATOS PACIENTE

Nombres:	DIANA PATRICIA ROMERO LARA
Tipo de Documento: CC	**Documento** 40036790
Sexo F	**F. Nacimiento:** 15/07/1974 **Edad:** 43 Años
Entidad: PARTICULAR/NORTE	**Cargo:** CIRUJANA PEDIATRICA
Centro de Costo: N/A	
Fecha de Atencion: 2017-08-26	
Fecha y Hora entrega resultados:	26/08/2017 9.56 AM

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado la valoración Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO CON PATOLOGIAS QUE NO IMPIDEN SU DESEMPEÑO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA : REDUCCION DE PESO -ALIMENTACION BALANCEADA

VALORACION OPTOMETRICA ANUAL - USO DE CORRECCION VISUAL

OTRAS: PAUTAS DE CUIDADO CUTANEO - USO DE MEDIA DE COMPRESION DE MIEMBROS INFERIORES -CONTROL MEDICO ESPECIALIZADO PERIODICO -EJERCICIO REGULAR - TAMIZAJES PREVENTIVOS ANUALES - PAUSAS ACTIVAS PERIODICAS

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

CONDICION VISUAL

NUTRICIONAL

PREVENCION DE ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que halla lugar.
Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): ANA MARIA ALVAREZ GORDILLO RM: 11-3194/93

Ana Maria Alvarez G
CC 51883884
ANA MARIA ALVAREZ G.
REG. MEDICO 11-3194/93
LICENCIA S.O. No 7346/13

Firma y sello del Médico Evaluador

DIANA PATRICIA ROMERO LARA
C.C 40036790
Firma del trabajador Evaluado

ISO 9001:2008 BUREAU VERITAS Certification CO15.00035

* BOGOTA SEDE PRINCIPAL
Calle 19 No. 3-50Edificio Barichara
Tel.:(+1) 281 4505 – 286 5893 – 286 5382

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal. 35) No. 42 Sur,
Villamayor Tel.:(+1) 458 5819 – 203 9694

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19-08
Tels.:(+1) 282 6429 – 342 4934

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-82
Tels.:(+1) 447 0068 – 447 1401 – 414 6387

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-96
Tels.:(+1) 4146397 – 260 84

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 83-29
Tels.:805 1875 – 610 57 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 83-89
Tels.:(+1) 257 9325 – 256 2362

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A – 25 Edificio Bussines Center
Interior 141 – Oficina 408

BUCARAMANGA
Calle 55 No 31 - 113, Barrio Antiguo Campestre,
Tels: (+7) 697 37 34 - 301 737 26 37

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 – 74 Barrio Barzal Alto
Tel.:(+8) 674 0916 – 674 0915

CARTAGENA DE INDIAS
Avenida Pedro de Heredia, Sector Lo Amador,
Calle 32 No 20B - 21 Piso 2 Tels: (+5) 644 69 71

SEDE BARRANQUILLA
Carrera 51B No. 94 - 334 Oficina 504 Centro Medico Vital

SANTA MARTA
Calle 22 No 14 - 70, Centro Medico
Perlas del Caribe, Tel.: (+5) 421 46 44 - 421 65

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trader Center Tel.:(+2) 240 4734 – 240 2055

MEDELLIN
Carrera 80 No. 44 B-91 Barrio la America
Tels.:(+4) 412 1145 – 416 7011

CALI
Calle 18 Norte No. 4 N – 47 Barrio Versalles
Tel.:(+2) 380 9956 – 382 7337

www.cendiatra.com

SEDE NORTE 2

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

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

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

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

FECHA:	19-12-18	CIUDAD:	Bogotá D.C	DEPARTAMENTO:	Bogota DC.

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

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
ROMERO	LARA	DIANA	PATRICIA		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	40036790	TUNJA	1992-10-30
PASAPORTE	OTRO	CU		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X	NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1973-07-15	DUITAMA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A)	CASADO	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE	VIUDO(A)	1	1	3114548857

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO X	BACHILLER	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	CUAL:	CIRUGIA PEDIATRICA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CR 58 N 119A-98 T10 A 231	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3224548857

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
dromerolara@yahoo.com		PROPIA X	FAMILIAR	ARRENDADA

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BLANCO	GONZALEZ	CARLOS	

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	91298251	BUCARAMANGA	1992/31/07	
PASAPORTE	OTRO	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X	NO	NACIONALIDAD:	COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO X	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO	CUAL:		
SOCIO	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO			
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA.....			

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI X		SI	NO X	8621 8299
		NO	ICA	SI X	NO	PRINCIPAL: X SECUNDARIA:

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

FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI	NO X		NO X	SUBRED DE ATENCION DE SALUD CENTROORIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA										# NIT	
	GOBIERNO			VICIOS		SUD	X				9.009.590.517
EXPORTACIONES		AGRICOLA		ENERGETICA		FINANC		TRANSPORTE	TECNOLOG		ALIMENTOS	MED	IENTOS		
OTRA		CUAL:	X												

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIAG 34 N 5-43	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	CIRUJANA PEDIATRICA	FECHA VINCULACION	1 DICIEMBRE DE 2016

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

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

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

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

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	$ 12.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	$ 20.000.000
HONORARIOS	$ 30.000.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	$ 20.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	$ 20.000.000	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	$ 1.600.000	PROPIEDADES	$ 450.000.000	DEUDAS TERCEROS	$ 120.000.000
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**$ 30.000.000**	TOTAL EGRESOS	**$ 13.600.000**	TOTAL ACTIVOS	**$ 470.000.000**	TOTAL PASIVOS	**$ 160.000.000**

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VARELA	DOKU	MARIA	ELENA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CLL 6 N 20-1670	SALGAR	AMIGA	3125883820

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCOLOMBIA	CREDITO LIBRE INVERSION	7940080651	BOGOTA	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO ☒ NO

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

☐ ORTACION EXPO☐TION TRANSFERENCI☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Cirujana pediatrica.

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o 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 ultimos tres meses + declaracion de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion 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 segun 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, 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 Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion 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 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 utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio tecnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

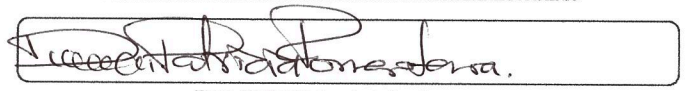
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion 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 le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El tramite 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio 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 finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas 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 medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion 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 celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
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 haran 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 capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde 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 onsecuencia, 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 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.*(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Declaración de Renta y Complementario Personas Naturales y Asimiladas de Residentes y Sucesiones Iliquidas de Causantes Residentes

DIAN — Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

PRIVADA

210

1. Año: 2017

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2113606700478

(415)7707212489984(8020) 000211360670047 8

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
4 0 0 3 6 7 9 0	1	ROMERO	LARA	DIANA	PATRICIA	3 2

24. Actividad económica: 8621 — Si es una corrección indique: 25.Cód. — 26. No. Formulario anterior — 27. Fracción año gravable 2018 (Marque "X") — 28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque"X")

Patrimonio	Patrimonio bruto	29	691,493,000
	Deudas	30	182,765,000
	Total patrimonio líquido	**31**	508,728,000
Rentas de trabajo	Ingresos brutos por rentas de trabajo (art 103 E.T.)	32	401,684,000
	Ingresos no constitutivos de renta	33	50,731,000
	Renta líquida	**34**	350,953,000
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables	35	133,477,000
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables (limitadas)	36	133,477,000
	Renta líquida cedular de trabajo	**37**	217,476,000
Renta de pensiones	Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	38	0
	Ingresos no constitutivos de renta	39	0
	Renta líquida	**40**	0
	Rentas exentas de pensiones	41	0
	Renta líquida cedular de pensiones	**42**	0
Rentas de capital	Ingresos brutos rentas de capital	43	237,000
	Ingresos no constitutivos de renta	44	93,000
	Costos y gastos procedentes	45	0
	Renta líquida	**46**	144,000
	Rentas líquidas pasivas de capital – ECE	47	0
	Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas de capital	48	0
	Rentas exentas de capital y deducciones imputables (limitadas)	**49**	0
	Renta líquida ordinaria del ejercicio	**50**	144,000
	Pérdida líquida del ejercicio	**51**	0
	Compensación por pérdidas de ejercicios anteriores	52	0
	Renta líquida cedular de capital	**53**	144,000
Rentas no laborales	Ingresos brutos rentas no laborales	54	0
	Devoluciones, rebajas y descuentos	55	0
	Ingresos no constitutivos de renta	56	0
	Costos y gastos procedentes	57	0
	Renta líquida	**58**	0
	Rentas pasivas no laborales – ECE	59	0
	Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas no laborales	60	0
	Rentas exentas no laborales y deducciones imputables (limitadas)	**61**	0
	Renta líquida ordinaria del ejercicio	**62**	0
	Pérdida líquida del ejercicio	**63**	0
	Compensaciones	64	0
	Rentas líquidas gravables no laborales	65	0
	Renta líquida cedular no laboral	**66**	0

Renta por dividendos y participaciones	Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	67	0
	Ingresos no constitutivos de renta	68	0
	Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	**69**	0
	1a. Subcédula año 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	70	0
	2a. Subcédula año 2017 y siguientes Parágrafo 2 art. 49 del E.T.	71	0
	Renta líquida pasiva dividendos ECE y/o recibidos del exterior	72	0
	Rentas exentas de la casilla 72	73	0
	Rentas líquidas gravables de dividendos y participaciones	**74**	0
Renta	**Total rentas líquidas cedulares**	**75**	217,620,000
	Renta presuntiva	76	12,205,000
Ganancia Ocasional	Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior	77	0
	Costos por ganancias ocasionales	78	0
	Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	79	0
	Ganancias ocasionales gravables	**80**	0
Liquidación privada	Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares — De trabajo y de pensiones	81	53,767,000
	Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares — De capital y no laborales	82	0
	Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares — Por dividendos y participaciones año 2016 – casilla 69	83	0
	Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares — Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 1a, Subcédula	84	0
	Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares — Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a. Subcédula, y otros	85	0
	Total Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	**86**	53,767,000
	Impuesto sobre la renta presuntiva	**87**	0
	Total impuesto sobre la renta liquída	**88**	53,767,000
	Descuentos — Impuestos pagados en el exterior	89	0
	Descuentos — Donaciones	90	0
	Descuentos — Otros	91	0
	Total descuentos tributarios	**92**	0
	Impuesto neto de renta	**93**	53,767,000
	Impuesto de ganancias ocasionales	94	0
	Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	95	0
	Total impuesto a cargo	**96**	53,767,000
	Anticipo renta liquidado año gravable anterior	97	0
	Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	98	0
	Retenciones año gravable a declarar	99	53,488,000
	Anticipo renta para el año gravable siguiente	100	0
	Saldo a pagar por impuesto	**101**	279,000
	Sanciones	102	0
	Total saldo a pagar	**103**	279,000
	Total saldo a favor	**104**	0

105. No. Identificación signatario — 106. DV — 107. No. Identificación: 1028440807 — 108. Parentesco: HIJA

981. Cód. Representación — Firma del declarante o de quien lo representa

997. Espacio ex... recaudadora

980. **Pago total $**: 0

982. Cód. Contador — Firma contador — 994. Con salvedades

2 0 1 8 ... 1

996. Espacio para el número interno dela DIAN/ Adhesivo

983. No. Tarjeta profesional

2 0 1 8 1 3 7 2 6 9 2 2 5 6

Firmado
2018-08-16 / 09:21:41 AM
Fecha Acuse de Recibo

91000520156730

RECIBO

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 40036790
NOMBRES Y APELLIDOS	Romero Lara,Diana Patricia
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente, 53 Afiliado Participe
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	05/04/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Romero Lara,Diana Patricia, a los 19 días del mes de diciembre del año 2018.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **DIANA PATRICIA ROMERO LARA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **40036790,** se encuentra afiliado (a) desde **01/03/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/03/2012	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 de diciembre de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

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

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

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

40036790	SURA
Numero de Documento	ARL

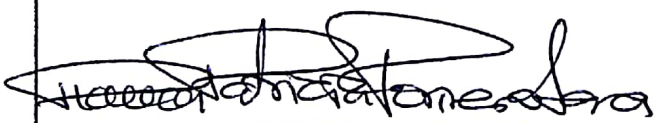
DIANA	PATRICIA	ROMERO	LARA
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

15/07/74	DUITAMA	CR 58 N 119A-98 T10 A 231	3114548857
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

SANITAS	COLPENSIONES	$ 18'000.000.
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Cirujano Pediatrico	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

dromerolara@yahoo.com	40036790
Correo Electrónico	Celular



Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119413040

WEB
00:50:01

Bogotá DC, 19 de diciembre del 2018

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 PATRICIA ROMERO LARA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 40036790:

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 miércoles 19 de diciembre de 2018, a las 01:02:45, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	4036790
Código de Verificación	4036790181219010245

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2623055

Bogotá D.C., 19 de Diciembre de 2018 - 8:18 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **CUARENTA MILLONES TREINTA Y SEIS MIL SETECIENTOS NOVENTA**

40036790

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_A7YAT_188
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 11:51:42 horas del 08/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **40036790**
Apellidos y Nombres: **ROMERO LARA DIANA PATRICIA**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Mti
INSPIRADOS EN USTED

ISO 9001 icontec
ISO 14001 icontec
ISO/IEC 27001 icontec

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.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

ABEJORRAL, **18/12/2018**
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DIANA PATRICIA ROMERO LARA** con **Cédula de Ciudadanía** número **40036790**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550076000371054**
Fecha de apertura	**18/11/2005**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA