FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 06-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
VASQUEZ	TRIANA	OLGA LILIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 52971855

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

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

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 8 MES NOV AÑO 1982

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 33 C SUR 13-141

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Soacha TELEFONO 8032394

EMAIL lilik52971855@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICA
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 2001
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	3	X		TECNICO LABORAL AUXILIAR DE ADMINISTRACION	12	2009	
TC	3	X		TECNICO PROFESIONAL EN AUXILIAR SERVICIOS FARMACEU	2	2008	

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*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	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
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Última Actualización: 06-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: SUBRED SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE HOSPITAL SAN BLAS	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionusuario@hospitalsanblas.gov.co
TELÉFONOS: 3444484-3649666	*FECHA DE INGRESO*: DIA 17 MES 11 AÑO 2017		*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA*: DISPENSACION		*DIRECCIÓN*: TV 5 ESTE N° 19-50 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: EMPRESA DE SALUD E.S.E DEL MUNICIPIO DE SOACHA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: Soacha		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: empresadesalud@esesoacha.gov.co
TELÉFONOS: 3138482349	*FECHA DE INGRESO*: DIA 12 MES 8 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO*: DIA 29 MES 12 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE FARMACIA	*DEPENDENCIA*: DISPENSACION		*DIRECCIÓN*: CRA 2 N° 12-38

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: FARMASANITAS S.A.S - CRUZ VERDE	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: servicioalcliente@cruzverde.com.co
TELÉFONOS: 4924860 EXT-1109-1	*FECHA DE INGRESO*: DIA 8 MES 8 AÑO 2011		*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 4 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE DROGUERIA Y FARMACIA	*DEPENDENCIA*: DISPENSACION Y VENTAS		*DIRECCIÓN*: CLL 99 N° 12-24

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 06-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 TECNOQUIMICAS S.A	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* Info.data@tecnoquimicas.com
TELÉFONOS 2347210	*FECHA DE INGRESO* DIA 23 MES 1 AÑO 2006		*FECHA DE RETIRO* DIA 9 MES 5 AÑO 2011
CARGO O CONTRATO IMPULSADORA	*DEPENDENCIA* VENTAS		*DIRECCIÓN* CRA 34 N° 18-31

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD EFICACIA S.A	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* eficaciabogota@eficacia.com.co
TELÉFONOS 2188755 EXT 228	*FECHA DE INGRESO* DIA 4 MES 9 AÑO 2003		*FECHA DE RETIRO* DIA 18 MES 5 AÑO 2004
CARGO O CONTRATO MERCADERISTA	*DEPENDENCIA* VENTAS		*DIRECCIÓN* DIAGONAL 74 N° 17 - 17

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	1	5
PRIVADO	9	8
PARTICULAR	0	0
TOTAL	11	1

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 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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 06-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO 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.

Bogotá 14-12-2018

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste | UTC -5 1:35:04 | OLGA LILIANA VASQ...

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

Escritorio → Configuraciones de Perfil

Id de página:: 14005862 Ayuda

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

Editar

Información del usuario

Género	Femenino
Cargo	AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS
Título	Sra.
Nombre completo	OLGA LILIANA
Nombre y apellido	OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA
Código del empleado	
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	52971855
Fecha de emisión	12/02/2001 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Expedido por	CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
Fecha de expiración	
Dirección	CALLE 33 C SUR Nº 13 - 141 SOACHA
Código postal	
Estado	SOLTERA
Municipio	SOACHA
País	COLOMBIA
Correo electrónico	lilivatri08@gmail.com
Teléfono	3142758551
Celular	3128622330
Número de fax	

JOTA

Configuración

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: 13-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 52971855 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Cundinamarca **Municipio** Soacha
Dirección CALLE 33 C SUR 13-141 **Teléfonos** 3128622330 8032394

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANA SOPHIA RODRIGUEZ VASQUEZ	1027285094	HIJO(A)
LAURA ALEJANDRA RODRIGUEZ VASQUEZ	1141129695	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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 2.185.260,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 2.185.260,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	4738701622988	CAFAM FLORESTA	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
CASA	CALLA 33 C SUR 13-141	$ 26.200.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
CLARO	CELULAR	$ 747.500,00

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: 13-dic-2018

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

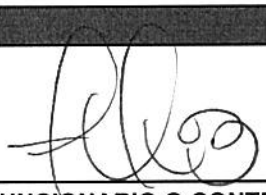
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

El Colegio Integral "Baquerizo y Murillo"

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D. C., según Licencia de Funcionamiento 1216 del 27 de Mayo de 1992 y Ratificada con la Resolución No. 3854 del 2 de Diciembre de 1999 y Resolución No. 4863 del 31 de Octubre de 2006

Confiere a:

Olga Liliana Vásquez Triana

C. C. No. 52.971.855 de Santafé de Bogotá D.C.

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media de Adultos por Ciclos Integrados, según los lineamientos establecidos por el Decreto 3011 de 1997

Duplicado - Decreto 180/81

Rectora *Secretaria*

COLEGIO INTEGRAL BAQUERIZO Y MURILLO RECTORA

COLEGIO INTEGRAL BAQUERIZO Y MURILLO SECRETARIA ACADEMICA

Registro Interno

Acta No. 005 *Folio No.* 017

Este Diploma no requiere ser registrado en la Secretaría de Educación

República de Colombia

Libertad y Orden

ceads
Centro de Educación en Administración de Salud

El Centro de Educación en Administración de Salud "CEADS"

Aprobación Oficial Resolución No. 3554 de Noviembre 10 de 1.999
Secretaría de Educación
Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Confiere a:

Olga Liliana Vásquez Triana

Identificado (a) con C.C. 52971855 de Bogotá D.C.

El Certificado de Aptitud Ocupacional como

Técnico Laboral Auxiliar de Administración

Por haber cursado y aprobado satisfactoriamente los estudios correspondientes al Programa Técnico Laboral Auxiliar de Administración, con una intensidad total de 1.200 horas académicas.

En constancia se firma en Bogotá D.C., a los 21 días del mes de Diciembre de 2.009

Edgar Bernal Hernández
Subdirector Administrativo y Financiero
Encargado de las Funciones de Director

Ruth Valle Ballesteros
Subdirectora Académica

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA

Con Cédula de Ciudadanía No. 52.971.855

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral basado en competencias y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad le confiere el

Título

Para desempeñarse como:

TÉCNICO PROFESIONAL EN
AUXILIAR SERVICIOS FARMACEUTICOS

Con una duración de 2640 Horas

En testimonio de lo anterior se firma el presente Título en Bogota D. C.
A los Veinticinco (25) días del mes de Febrero de Dos Mil Ocho (2008)

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

SGC2008TP00123 25/02/2008
No Y FECHA DE REGISTRO

Acta de Grado

Colegio Integral
Baquerizo y Murillo

Carrera 16A No. 82-38 - Teléfono : 236 17 56
Jornada Mañana

Inscripción S.E.: 6411
Dane: 31100188409

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 27 días del mes de Noviembre de 2001 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del Programa Bachillerato Formal de Adultos por Ciclos Integrados según Lineamientos establecidos por el Decreto 3011 de 1997, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del Colegio Integral Baquerizo y Murillo, Institución aprobada hasta Nueva Visita, en el nivel de Educación Media y Autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica según Licencia de Funcionamiento 1216 del 27 de Mayo de 1992 y Ratificada mediante Resolución No. 3854 del 2 de Diciembre de 1999.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media se procedió a otorgar el Título de Bachiller Académico al graduando cuyos Nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Olga Liliana Vásquez Triana
C. C. No. 52.971.855 de Santafé de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta original general No. Cinco(05) de fecha Noviembre 27 de 2001 que consta de 12 alumnos graduados, comienza con el nombre de Alario Giraldo Mario y se cierra con el nombre de Zea Sánchez Beatríz Eugénia.

Firmada y sellada por Amanda Pérez Cortés (Rectora) y Martha Rocío Triana M. (Secretaria)

Dada en Bogotá D.C., a los 27 días del mes de Noviembre de 2001

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1.981. No Requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1.994

COLEGIO INTEGRAL BAQUERIZO Y MURILLO RECTORIA

COLEGIO INTEGRAL BAQUERIZO Y MURILLO SECRETARIA ACADEMICA

ACTA DE GRADO No. 15 / 09

Libro No. 8

En la ciudad de Bogotá, a los veintiún (21) días del mes de Diciembre de 2009, en el Auditorio de COMPENSAR Planta Baja del CUR -, se realizó acto solemne de graduación, correspondiente al Programa **AUXILIAR DE ADMINISTRACIÓN,** registrado mediante Resolución No. 3554 del 10 de noviembre de 1999 de la Secretaría de Educación de Bogotá Distrito Capital, desarrollado entre el 7 de Julio de 2008 y el 3 de Noviembre de 2009, con una intensidad total de 1200 horas académicas. En este acto se concedió a **OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA** identificado (a) con el documento de identidad No. **C.C. 52971855** de BOGOTA D.C., el certificado de **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ADMINISTRACIÓN** acorde con lo establecido en la Ley 1064 del 26 de julio de 2006 del Congreso de la República y demás normas vigentes.

Para constancia de lo anterior, se firma la presente acta en Bogotá D.C., a los veintiún (21) días del mes de Diciembre de 2009.

EDGAR BERNAL HERNANDEZ
Subdirector Administrativo y Financiero
(E) Funciones de Director

RUTH VALLE BALLESTEROS
Subdirectora Académica

Regional Distrito Capital
Centro de Formación de Talento Humano en Salud

ACTA DE GRADO
No. y FECHA DE REGISTRO SGC2008TP00123 25/02/2008

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: **OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA** identificada con la Cédula de Ciudadanía No.52.971.855

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS POR EL SENA RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TÉCNICO PROFESIONAL EN AUXILIAR SERVICIOS FARMACEUTICOS

REGISTRO No.SGC2008TP00123

En constancia de lo anterior se firma la presente en Bogota D. C. a los Veinticinco (25) días del mes de Febrero de Dos Mil Ocho (2008)

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

poSible
Programa de formación para la inserción laboral

compensar | unipanamericana
fundación universitaria

UNIPANAMERICANA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA PANAMERICANA

Certifica que

Olga Liliana Vasquez Triana

C.C.52971855

Asistió al:

Taller de Apoyo

Realizado el 07 de Julio de 2017, con una intensidad de 8 horas en los temas de Conocimiento del Mercado Laboral, Estructura General de la Hoja de Vida, Marketing Personal, Entrevista Laboral, Pruebas Psicotécnicas y Visita Domiciliaria.

Se expide en Bogotá, a los siete (07) días del mes de julio de 2017.

Nancy Rocío Alarcón Corredor
Líder Admisiones y Registro

ISO 9001 icontec internacional
SC-CER440986

CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

Con el respaldo de:
MONDRAGON
SENTIDO HUMANO DEL TRABAJO
Finanzas Industria Distribución Conocimiento

poSible
Programa de formación para la inserción laboral

compensar | unipanamericana
fundación universitaria

UNIPANAMERICANA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA PANAMERICANA

Certifica que

Olga Liliana Vasquez Triana

C.C. 52971855

Asistió al:

Taller de Competencias Transversales

Realizado del 27 de Junio al 01 de Julio de 2017, con una intensidad de 40 horas en los temas de Proyecto de Vida, Comunicación, Conflictos y Habilidades de Negociación, Toma de Decisiones y Trabajo en Equipo.

Se expide en Bogotá, el primer (01) día del mes de julio de 2017.

Nancy Rocío Alarcón Corredor
Líder Admisiones y Registro

ISO 9001 icontec internacional
SC-CER440986

IQNet CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

Con el respaldo de:
MONDRAGON
SENTIDO HUMANO DEL TRABAJO
Finanzas Industria Distribución Conocimiento

REGIONAL HUILA

EL CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO SOSTENIBLE SURCOLOMBIANO

CERTIFICA

Que OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 52.971.855 de Bogotá, realizó y aprobó el curso de SERVICIO AL CLIENTE: UN RETO PERSONAL, con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Pitalito, a los veintiocho (28) días del mes de julio de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
ANA MERCEDES PEÑA ATAHUALPA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ANA MERCEDES PEÑA ATAHUALPA
SUBDIRECTORA CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO SOSTENIBLE SURCOLOMBIANO
REGIONAL HUILA

SENA: Una Organización con Conocimiento

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9528001471959CC52971855E.

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA

Con Cedula de Ciudadania No. 52.971.855

Cursó y aprobó la acción de Formación

SERVICIO AL CLIENTE: UN RETO PERSONAL,

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Pitalito, a los veintiocho (28) días del mes de julio de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
ANA MERCEDES PEÑA ATAHUALPA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ANA MERCEDES PEÑA ATAHUALPA
SUBDIRECTORA
CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO SOSTENIBLE SURCOLOMBIANO
REGIONAL HUILA

45319348 - 28/07/2017
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9528001471959CC52971855C.

Universidad de La Sabana

Certifica que:

Olga Liliana Vásquez Triana

Cumplió satisfactoriamente con las 80 horas programadas para la realización del diplomado de

Regencia de Farmacia

Que se llevó a cabo durante el año 2010

Sra. Paola Rueda
Directora
Proyectos especiales
Universidad de La Sabana

Sr. Carlos Ortiz
Director
Organización de Capacitación

PLA
Professional Leadership Academy

GRÜNENTHAL

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: Autorización Consulta Títulos Académicos	**Código** EGT-FT-656	**Macroproceso:** Estratégico **Proceso:** Gerencia de Talento Humano	**Página:** 1 de 1 **Versión:** 02 **Fecha:** 2016-05-06

Bogotá, D.C

Señores

COLEGIO INTEGRAL BAQUERIZO Y MURILLO

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA, 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE,** sobre la idoneidad de mi título académico como:

BACHILLER ACADEMICO

Cordialmente,

Firma:

No. de documento: 52.971.855

Tarjeta profesional No.:

Dirección de contacto: CLL 33C SUR N° 13-141 SOACHA (CUND)

Teléfono: 3128622330

Bogotá, D.C

Señores

EL CENTRO DE EDUCACION EN ADMINISTRACION DE SALUD

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA, 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE,** sobre la idoneidad de mi título académico como:

TECNICO LABORAL AUXILIAR DE ADMINISTRACION

Cordialmente,

Firma:

No. de documento: 52.971.855

Tarjeta profesional No.:

Dirección de contacto: CLL 33C SUR N° 13-141 SOACHA (CUND)

Teléfono: 3128622330

Bogotá, D.C

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA, 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE,** sobre la idoneidad de mi título académico como:

TECNICO PROFESIONAL EN AUXILIAR DE SERVICIOS FARMACEUTICOS

Cordialmente,

Firma:

No. de documento: 52.971.855

Tarjeta profesional No.:

Dirección de contacto: CLL 33C SUR N° 13-141 SOACHA (CUND)

Teléfono: 3128622330

A QUIEN PUEDA INTERESAR

LA GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS

HACE CONSTAR

Que **OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA**, identificada con cédula de ciudadanía No. **52.971.855**, laboró para **FARMASANITAS S.A.S** , con nit. 800.149.695 - 1 desde el 08 de agosto de 2011 hasta el 30 de abril de 2015, desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE DROGUERIA Y FARMACIA JUNIOR I**.

La presente se expide a solicitud de la interesada, en Bogotá D.C., a los catorce(14) dias del mes de mayo de dos mil quince (2015).

Oscar Alí Acosta Cuesta
Director Administración y Servicios al Personal

Cualquier inquietud con gusto será atendida en el teléfono 4924860 Ext. 1109 - 1118 - 1108

eficaca
SERVICIOS INTEGRALES

CERTIFICADO DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD
CODIGO: No. 284-1
DISEÑO Y PRESTACION DE SERVICIO DE MERCHANDISING Y PROMOCION Y VENTAS
PRESTACION DE SERVICIO DE ASEO, PRODUCCION Y ADMINISTRACION.
NORMA NTC - ISO - 9001:2000

C E R T I F I C A M O S

Que el Señor (a) VASQUEZ TRIANA OLGA LILIANA , identificado con la cédula de ciudadanía No. 52971855 , laboró en esta compañia desde 04/09/2003 hasta 18/05/2004 desempeñandose en el cargo de MERCADERISTA TAR 1449,083 en misión con la empresa ALMACENES EXITO S.A. .

Su contrato de trabajo terminó de común acuerdo entre las partes.

Para constancia de lo anterior se firma en Santafè de Bogotà, el 03 de noviembre de 2004

Atentamente,

eficaca S.A
NIT. 800.187.960-7
TEL: 218 87 55

ANA ISABEL ESTUIÑAN
ATENCION AL TEMPOAL

EMPRESA DE SALUD E.S.E.
DEL MUNICIPIO DE SOACHA
SALUD INTEGRAL, UN BENEFICIO SOCIAL

LA SUSCRITA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DE LA EMPRESA DE SALUD E.S.E. DEL MUNICIPIO DE SOACHA, , NIT: 832001794-2

CERTIFICA QUE:

La señora **OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA,** identificada con la **C.C. No 52.971.855 de Bogota,** presto sus servicios en la Empresa de Salud E.S.E del Municipio de Soacha, desde el 12 de Agosto de 2016 hasta el 29 de Diciembre de 2016, en el desarrollo de las actividades Tecnicas como Auxiliar de Farmacia, por la modalidad contractual de prestación de servicio N° 429 de 2016.

Soacha, 12 de Octubre de 2017.

ALEXIS BORNACHERA DE LA HOZ
Sub-Gerente Administrativa y Financiera

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

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

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora **OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA**, identificada con CC. Nº 52.971.855, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR
PS 5028 2017	17/11/2017	09/01/2018	$ 2.832.720
PS 1713 2018	10/01/2018	09/06/2018	$ 9.147.600

OBJETO CONTRACTUAL
PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE FARMACIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIO, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Apoyar las actividades del servicio farmacéutico cumpliendo con el adecuado manejo y control de los medicamentos y dispositivos conforme a la normatividad vigente 2. Revisar y controlar la vigencia de los medicamentos e inventarios asignados de acuerdo con los lineamientos establecidos 3. Apoyar la entrega de medicamentos diligenciando los formatos correspondientes y llevando los puntos de control 4. Apoyar actividades del proceso de limpieza del servicio conforme a protocolos institucionales 5. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 6.Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental. 7. Orientar al personal asistencial y administrativo de la Entidad, sobre las actividades para la activación como profesional, el reporte y diligenciamiento de la prescripción que realiza el profesional de la salud, la realización de Formatos de Contingencia que se presenten y demás, en un ambiente de atención personalizada y humanizada, según las necesidades de la subred, dando cubertura en todas las unidades en donde se solicite.8. Realizar la activación de usuarios en el aplicativo del Ministerio de Salud, según se le asigne.9. Realizar el envío de los documentos relacionados con el proceso al Área de Autorizaciones para ser enviados a la entidad aseguradora del usuario, dentro de los tiempos establecidos en la normatividad vigente. 10. Llevar registro de las actividades y procedimientos que se le asignen, según los formatos o bases de datos del proceso, así como mantener actualizados los informes definidos por la entidad y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento del proceso.11. Prestar el apoyo necesario para dar respuesta a las devoluciones u objeciones que establezcan las entidades aseguradoras. 12.Portar el uniforme de manera adecuada y decorosa. 13. Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales 14. Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato 15. En caso de presentarse novedades, informar con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo. 16. Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud deberán comprender salud, pensión y ARL.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C, el día 19 de Febrero de 2018.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3023399604 o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,

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

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.
Revisó y Aprobó: Daniela Rodríguez Goyes-Asesora Dirección Contratación
Proyecto: Isabel Jiménez – Técnico administrativo

Tecnoquímicas

LA SUBGERENTE ADMINISTRATIVA

DE TECNOQUIMICAS S.A.

C E R T I F I C A

Que Olga Liliana Vasquez Triana identificado(a) con documento de identidad número 52.971.855, laboró en esta empresa con contrato a término indefinido desde: el 23 de enero de 2006 hasta el 09 de mayo de 2011. Al momento de su retiro desempeñaba el cargo de Impulsador(A).

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado a manera de información, el 18 de mayo de 2011.

Cordialmente,

TECNOQUIMICAS S. A.
Administración
Recursos Humanos

ESPERANZA GRANADOS JAIMES
Subgerente Administrativa

Si este certificado requiere verificación, puede comunicarse de lunes a viernes de 10 a.m. a 12 m., en Cali al teléfono 8825555 en la extensión 1200.

"De acuerdo con lo dispuesto en el articulo 57, numeral 7 del Código Sustantivo del Trabajo, esta certificación se emite por una sola vez, con el propósito de cumplir con la obligación del empleador de expedir un certificado al momento de la expiración del contrato, razón por la cual Usted debe conservar este original y entregar fotocopias del mismo cuando se lo requieran, puesto que los documentos que componen su hoja de vida pasarán al archivo inactivo y se pueden deteriorar o destruir."

Juan H.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.971.855**

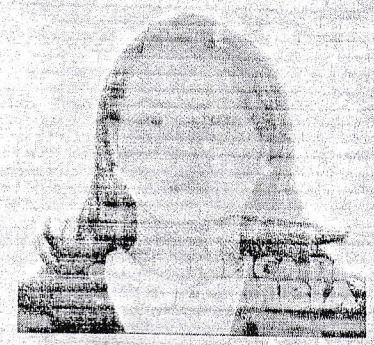
VASQUEZ TRIANA

APELLIDOS

OLGA LILIANA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-NOV-1982**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

12-FEB-2001 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00327439-F-0052971855-20110826 0027850777A 1 1071317330

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14435595633

(415)7707212489984(8020) 000001443559563 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 9 7 1 8 5 5	5	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	5 2 9 7 1 8 5 5	2 0 0 1 0 2 1 2

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VASQUEZ	TRIANA	OLGA	LILIANA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal
CL 33 C SUR 13 141 BRR QUINTAS DE SANTA ANA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
lilik52971855@gmail.com		3 1 4 2 1 8 5 7 6 1	

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 9 9	2 0 1 6 0 8 1 0						

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
	1	2																								

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 7

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

984. Nombre VASQUEZ TRIANA OLGA LILIANA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 17-10-2017 09:51:01AM

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 52971855-5 OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA

Información General

Dirección CL 33 C SUR 13 141

Teléfonos 3142185761

Dirección electrónica lilik52971855@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 12/10/2017

Soporte Inscripción 23373327

Fecha Inicio Actividades 10/08/2016

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (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 SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002291010

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
OLGA LILIANA
VASQUEZ TRIANA
C.C. 52971855
AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS
Expedicion 26/07/2011

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
Salud

Resolución No 6859 *de* 24/06/2011

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) VASQUEZ TRIANA OLGA LILIANA Identificado(a) con CC número 52971855 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS otorgado por EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA el día 25/02/2008.
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 VASQUEZ TRIANA OLGA LILIANA identificado(a) con CC número 52971855 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR EN SERVICIOS FARMACEUTICOS 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.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 24/06/2011

CONSUELO PEÑA APONTE.
Directora de Desarrollo de Servicios(E).

Reviso : Yudy Rodríguez.
Elaboro : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C 26-JUL-2011
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Liliana Vásquez
CC. # 52971855
Firma

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 *: 52971855

Primer Nombre *:

Primer Apellido *:

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-11→7:16:08 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	52971855	OLGA	LILIANA	VASQUEZ	TRIANA	**Ver**

Información Detallada [CC: 52971855] OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA

2018-12-11→7:16:08 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar en servicios farmacéuticos	2011/6/24	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).

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Salud

Institución vacunadora: 110010922000

Fecha de generación del carné: ################

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	52971855
Nombres y Apellidos	OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA		
Fecha de nacimiento:	08/11/1982		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución va
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis	01/08/2013	Bostrix	AC37B078AH	CORPORACION NUESTRA
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	12/12/2015	Engerix B Adultos	compensar	
	Segunda dosis	05/01/2016	Engerix B Adultos	compensar	
	Tercera dosis	07/07/2016	Engerix B Adultos	compensar	
	Refuerzo	10/11/2017	Recombax B	032Q6015CE OCTUBRE 31 2019	
Influenza	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única				
Td	Primera dosis	03/07/2013	Toxoide Tetánico y diftérico	024L9011C	CORPORACION NUESTRA
	Tercera dosis	04/02/2014	Toxoide Tetánico y diftérico	compensar	
	Cuarta dosis	05/02/2015	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Quinta dosis	05/02/2016	Toxoide Tetánico y diftérico		
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Salud

Institución vacunadora: 110010922000

Fecha de generación del carné: ################

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	52971855
Nombres y Apellidos	OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA		
Fecha de nacimiento:	08/11/1982		

	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

CIED
Clínica IPS Eugenio Díaz

Nit. 900610700 - 6
Dirección: CALLE 12 A NO. 9 - 89 SOACHA PARQUE
Tel: 8822218

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○

DATOS DEL PACIENTE

Fecha **18/08/2016 11:39:00** Empresa **ESE MUNICIPAL DE SOACHA**

Nombre **OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA**

Cargo **AUX DE FARMACIA** Doc. Identidad **CC 52971855**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	⊗	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	⊗	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	⊗	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	⊗	○
Apto para participar en la brigada	○	○	⊗	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	⊗	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere de restricción de actividades	○	○
Requiere de reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ○	NO ⊗	ARL	SI ○	NO ⊗	EPS	SI ○	NO ⊗

1. Pausas activas 15 min por cada 4 horas de trabajo
2. Higiene postural
3. Usar los elementos de protección personal
4. Realizar ejercicio 30 min 3 veces a la semana

Dr. José Mauricio Agredor C.
MED.ESP. OCUPACIONAL
R.M. 862910
LIC.CMC 2015-1733

ADMINSITRADOR
Especialidad:
CC: 91480127 RM:

Trabajador: OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA
CC: 52971855
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

5. Disminuir el consumos de carbohidratos

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Dr. José Mauricio Aperador C.
MED.ESP. OCUPACIONAL
R.M. 86291/0
LIC.CMC 2015-173

ADMINISTRADOR
Especialidad:
CC: 91480127 RM:

Trabajador: OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA
CC: 52971855
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

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:	2017/27/11	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	X	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
VASQUEZ	TRIANA	OLGA	LILIANA		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52971855	BOGOTA D.C.	2001-02-12
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	C			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1982-11-08	BOGOTA D.C.	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	3	2	3128622330

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA									PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☐	OTRO X	PRIMARIA ☐	TECNICO X	TECNOLOGO ☐	CUAL: TECNICO PROFESIONAL EN SERVICIOS FARMACEUTICOS	AUXILIAR DE FARMACIA

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 33 C SUR Nº 13 - 141	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3128622330

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
lilivatri08@gmail.com	NO APLICA	PROPIA X	FAMILIAR	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

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

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

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐	NO ☒	CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA: 86991	
			ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐	NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐	NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA						# NIT	
	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒				900.959.051

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
TRANSVERSAL 5 # 19 50 S	2891100	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE FARMACIA	FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	$ 1.030.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$ 1.575.420	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	$ 26.200.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 1.575.420	TOTAL EGRESOS	$ 1.030.000	TOTAL ACTIVOS	$ 26.200.000	TOTAL PASIVOS	$ 0

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PERDOMO		ULDREY	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR**
CALLE 33C SUR Nº 13-153	SOACHA	AMIGO	9006893 / 3107513759

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	473078162988	CC UNISUR	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO: X ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS EXTRANJERA ☐ 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.):

DISPENSACION DE MEDICAMENTOS

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 mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, 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 técnico 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 - 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 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 trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la 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 , estadísticas, 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 estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me 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 Jurídica 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 Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

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:		

Certificación de afiliación

Certificado de Afiliación

La Señora OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA , identificada con Cédula Ciudadanía 52.971.855, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA		
Número de identificación:	52971855	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Dirección actual de residencia:	CL 33c sur no 13 141	Municipio residencia:	Soacha
Teléfono actual de residencia:	8032394	Depto. Residencia:	CUNDINAMARCA

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
52971855	OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA	01/04/2018	

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 4 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:

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA identificado(a) con C.C No. 52.971.855, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 27 de noviembre del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado¸ comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. ¸ e-mail servicioclientе@colfondos.com.co.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

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

52.971855	Bolivar
Numero de Documento	ARL

Olga	Liliana	Vásquez	Triana
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

08/11/1982	Bogotá	Calle 33 CSur #13-141	3128622330
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Medimas	Colfondos	$ 1514.040
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar de Farmacia	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

lilivatri08@gmail.com	3128622330
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118473334

WEB
23:18:03

Bogotá DC, 27 de noviembre 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) OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52971855:

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 martes 27 de noviembre de 2018, a las 23:20:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	52971855
Código de Verificación	52971855181127232031

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2563415

Bogotá D.C., 27 de Noviembre de 2018 - 23:22 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **CINCUENTA Y DOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO**

52971855

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: 11_HIQNI_2223
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

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 23:26:14 horas del 27/11/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **52971855**
Apellidos y Nombres: **VASQUEZ TRIANA OLGA LILIANA**

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.

Volver al Inicio

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2018/04/06
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora OLGA LILIANA VASQUEZ TRIANA
con Cédula de Ciudadanía número 52971855
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	473870162988	
Saldo a la Fecha	$1,370,685.37	Pesos
Fecha Apertura	2015/05/29	

Cordialmente,

DAVIVIENDA
0019 - OFICINA SABERE PLAZA

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7
AH 170-1 REV. IV - 06

COMPROMISO DE ACTUALIZACION Y ENTREGA DE DOCUMENTOS

Bogotá, D.C, 11 de Enero de 2019

Yo Olga Liliana Vásquez Triana
identificado/a con CC No. 52971855, me comprometo a actualizar y entregar a la oficina de Talento Humano el (los) documento(s): Curso Victimas Abuso Sexual
,
para que pueda(n) ser adjuntado(s) como soporte de mi hoja de vida, con fecha máxima dos meses.

Cordialmente,

Firma:
Correo de contacto: lilvatri08@gmail.com
Dirección de contacto: Cll 33 CSur # 13-141
Teléfono: 3128622330