



Compra Eficiente

car por proces

Menú

critorio

Inicio

Aumentar el contraste



UTC -5 11:25:27



Buscar...

Id de página:: 14001307 Ayuda ?

Sugerencias SECOP

Colombia Compra Eficiente no tiene programados a la fecha mantenimientos preventivos al SECOP II.

Programa sus actividades en la plataforma con tiempo.



MESA DE SERVICIO

Línea en Bogotá:
7459788
Línea Nacional:
016000 520908

Soporte técnico

Chat en línea

PQRS



Registro

Bienvenido Diana Marcela Mayorga Lopez,
para comenzar a trabajar con la plataforma SECOP por favor, díganos donde trabaja.

Opciones de registro

- ☐ Solicitud de registro como usuario de una Entidad Estatal / Proveedor (envío de solicitud)
- ☐ Registro de un Proveedor (creación)



Continuar >>

JOTA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA																		
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o.																		
DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA																		
EDUCACIÓN BÁSICA																		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO							
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.	MES	Diciembre	9	AÑO	2	0	1	1
										X								

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)			
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:			
TC (TÉCNICA)	TL (TECNOLÓGICA)	TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA)	UN (UNIVERSITARIA)
ES (ESPECIALIZACIÓN)	MG (MAESTRÍA O MAGÍSTER)	DOC (DOCTORADO O PHD)	
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)			
MODALIDAD	NO. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO
UN	8	X	TRABAJADOR SOCIAL

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									
FRANCES									

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESCRITO EN ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL					
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
DONUCOL S.A			X	Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá	Bogotá	contactenos@dunkindonuts.com.co			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
2100200	20	6	17	22	1 18
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN			
Auxiliar de ventas	Ventas	Calle 63c # 28a-65			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN			
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES AÑO
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN			

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

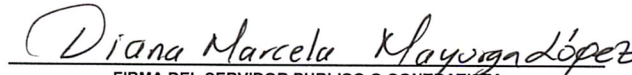
INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PUBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2017-2018	6 Meses
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		

5 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

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

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


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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Diana Marcela Mayorga López

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1.022.398.519 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia Departamento Cundinamarca Municipio Bogotá

Dirección Calle 52 # 19-18 Teléfonos 3197780131

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Jaime Mayorga Hoyos	4739349 de Balboa	Padre
Yenny López Ortiz	52.106.032 de Bogotá	Madre

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	4.980.000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	1.198.757
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	\$ 6.178.757

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
Bancolombia	Ahorros	16744617905	Galerías	\$ -

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Bancolombia	Tarjeta de credito	\$ 700.000
Alkosto	Tarjeta de credito	\$ 400.000

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 DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
	C.C. C.E. T.I.	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Diana Marcela Mayorga López
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Boyotú
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP



La República de Colombia
y en su nombre la

Institución Educativa Promoción Social

Municipio de Timbío - Cauca

Autorizada por la Secretaría de Educación del Departamento del Cauca,
Según Resolución Número 0452 del 26 de Abril de 2004

Confiere a :

Diana Marcela Mayorga López

T.I. No. 94112511150 de Popayán - Cauca

El Título de :

Bachiller Técnico
Especialidad Promoción Social

Por haber Cursado y Aprobado satisfactoriamente los Estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, Según los Planes y Programas vigentes establecidos en el Proyecto Educativo Institucional del Establecimiento Educativo

Emérita Zúñiga Ordóñez

C.c. No. 27.296.155 de La Unión (N)

Rectora

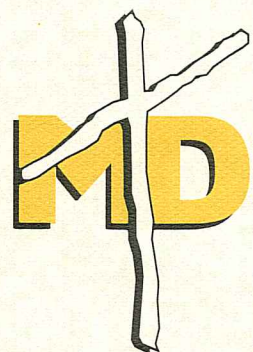


Rosario Anarona Girón

C.c. No. 25.310.385 de Bolívar (C)

Secretaria

Dado en el Municipio de Timbío - Cauca, a los 09 días del mes de Diciembre del año 2011
Anotado en el Control Interno del Plantel Educativo en el
Libro de Registro No. ____ Folio No. ____ Diploma No. 017



UNIMINUTO

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Diana Marcela Mayorga Lopez

CC No. 1.022.398.519

*Ha cumplido con los requisitos académicos exigidos por la Institución,
la cual, con las debidas autorizaciones le otorga el título de*

Trabajadora Social

en testimonio se firma y sella este diploma

Consejo de Fundadores

Rector General

Decano

Rector Sede Principal

Secretario General





Institución Educativa Promoción Social

Municipio de Timbío - Cauca

Acta Individual de Grado

En el Municipio de Timbío - Cauca, a los 09 días del mes de Diciembre del año 2011, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los Estudiantes del Grado Once, las suscritas Rectora y Secretaria, en la Rectoría de la Institución Educativa Promoción Social, debidamente autorizada por la Secretaría de Educación del Departamento del Cauca, según Resolución Número 0452 del 26 de Abril de 2004, para otorgar el Título de:

Bachiller Técnico Especialidad Promoción Social

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los Estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Título de Bachiller Técnico, al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identificación, se relaciona a continuación.

Diana Marcela Mayorga López

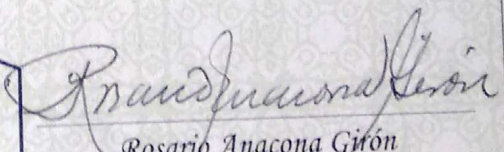
T.I. No.94112511150 de Popayán - Cauca

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. ____ de fecha 09 de Diciembre del año 2011, que consta de veintiseis (26) Graduandos; comienza con el nombre de Dumer Rolando Anaya Velasco, y se cierra con el nombre de Lina Gabriela Vergara Narváez, firmada por Emérita Zúñiga Ordóñez (Rectora) y Rosario Anacona Girón (Secretaria).

Dada en el Municipio de Timbío - Cauca, a los 09 días del mes de Diciembre del año 2011


Emérita Zúñiga Ordóñez
C.c. No.27.296.185 de La Unión (N)
Rectora




Rosario Anacona Girón
C.c. No.25.310.385 de Bolívar (C)
Secretaria

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 129

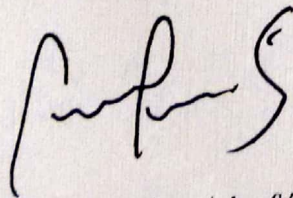
La Suscrita Secretaria General de La Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO.

Certifica:

*Que en la ciudad de Bogotá, Distrito Capital; el día veintiuno (21) de Octubre de dos mil diecisiete (2017), la **Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO**, Institución de Educación Superior, reconocida por el Ministerio de Educación Nacional, previo el juramento reglamentario, confirió el título de **Trabajadora Social** a **Diana Marcela Mayorga Lopez** con cédula de ciudadanía No. **1.022.398.519** quien aprobó el trabajo de grado y cumplió con las normas legales, los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Estatutos y Reglamentos para el grado, y le otorgó el Diploma No **63901** que la acredita como tal, registrado en el Folio **596** del Libro No. **007** de Registro de Títulos expedidos por la **Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO**.*

La Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO está autorizada para conferir este título por la Ley 30 del 28 de Diciembre de 1992. El programa cuenta con Resolución de Registro Calificado según Código SNIES 11278 concedido por el Ministerio de Educación Nacional.

En constancia de lo anterior se firma en la ciudad de Bogotá, Distrito Capital; el día veintiuno (21) de Octubre de dos mil diecisiete (2017).



Jefferson Enrique Arias Gómez
Rector Sede Principal



Linda Lucía Guarín Gutiérrez
Secretaria General





Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DIANA MARCELA MAYORGA LOPEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1.022.398.519

Cursó y aprobó la acción de Formación

ADMINISTRACION DE RECURSOS HUMANOS

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Caucasia, a los cuatro (4) días del mes de mayo de dos mil dieciocho (2018)

Firmado Digitalmente por
EIMAR DE JESUS CASTANO GRACIANO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

EIMAR DE JESUS CASTAÑO GRACIANO
Subdirector (E)
COMPLEJO TECNOLÓGICO PARA LA GESTIÓN AGROEMPRESARIAL
REGIONAL ANTIOQUIA

51619976 - 04/05/2018
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 9501001659405CC1022398519C.

Bogotá D.C

Señores:

Corporacion Universitaria Minuto de Dios

(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 Marcela Mayorga López 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:

Trabajador Social

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Diana Marcela Mayorga López

No. de documento:

1022398519

Tarjeta profesional No:

1022398519

Dirección de contacto:

Calle 52 # 19-18

Teléfono:

319 7780131

DONUCOL S.A.

NIT. 860.508.791-1



CERTIFICO

A QUIEN

PUEDA INTERESAR

Que el (la) señor(a) **MAYORGA LOPEZ DIANA MARCELA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° **1.022.398.519** laboró en nuestra compañía desde el **20 DE JUNIO DE 2017** hasta el **22 DE ENERO DE 2018** con un contrato a término indefinido, desempeñando el cargo **AUXILIAR DE VENTAS**.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 01 días del mes de Febrero de 2018.

Cordial Saludo,



Paola Linares S.
PAOLA LINARES

Coordinadora de Nómina

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.398.519**
MAYORGA LOPEZ

APELLIDOS
DIANA MARCELA

NOMBRES

Diana Mayorga

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-NOV-1994**
PATIA (EL BORDO)
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

27-NOV-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00647528-F-1022398519-20141125

0041336440A 1

1893097268

ESTADO CIVIL



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCRA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14471303495



(415)7707212489984(8020) 0000014471303495

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 2 2 3 9 8 5 1 9

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 0 2 2 3 9 8 5 1 9

27. Fecha expedición:

2 0 1 2 1 1 2 7

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

MAYORGA

32. Segundo apellido

LOPEZ

33. Primer nombre

DIANA

34. Otros nombres

MARCELA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Siglo:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 52 19 18 AP 202

42. Correo electrónico:

dmayorgalop@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 1 9 7 7 8 0 1 3 1

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 6 0 9 2 6

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1 2

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 8 0 6 1 5

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:

Didna Mayorga

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre RAMIREZ RANGEL XIMENA DEL PILAR

985. Cargo: Gestor I

CONTRIBUYENTE NIT 1022398519-1 DIANA MARCELA MAYORGA LOPEZ

Información General

Dirección CL 52 19 18 AP 202

Teléfonos 3197780131

Dirección electrónica dmayorgalop@gmail.com

Fax 0

Información de Registro

Fecha Inscripción 15/06/2018

Soporte Inscripción 17217637

Fecha Inicio Actividades 26/09/2016

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002965914



Consejo Nacional de Trabajo Social

Ley 53 de 1977 Decreto No. 2833 de 1981

REGISTRO PROFESIONAL

N° 1.022.398.519

de la trabajadora social



Nombres: Diana Marcela

Apellidos: Mayorga López

Inscripción: 21 de noviembre de 2017

Resolución: 0398 30 de nov. de 2017

Código interno: 348141023

Registro Profesional

Este documento es personal e intransferible y da derecho a ejercer legalmente la profesión de Trabajo Social en Colombia.



Sede del Consejo:

CALLE 78 N° 12 A - 15 PBX: 248 4683

BOGOTÁ, D. C. - COLOMBIA

CONTAMATIC

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA 15-jun-2018

HORA 15:26:21

EMPRESA PARTICULAR

TIPO DE EXAMEN: INGRESO

INFORMACIÓN GENERAL:

Nombre del Trabajador: Diana Marcela Mayorga Lopez

Edad 23 años 6 meses 20 días

Documento de Identificación: CC Número: 1022398519

Cargo FACTURADORA



RESULTADOS EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO:

EXÁMENES	FECHA	RESULTADO	OBSERVACIONES
----------	-------	-----------	---------------

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional

Recomendaciones:

Otras Recomendaciones SANA, APTA PARA LABORAR COMO TRABAJADORA SOCIAL. MEDICINA PREVENTIVA: 1/ Continuar proceso de selección. 2/ Autocuidado en el sitio de trabajo. 3/ Pausas de vida saludable o pausa activas 15 minutos cada 4 horas (de estiramiento). 4/ Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de columna, 5/ Cuidados con la alimentación, 6/ Uso de bloqueador solar 2 veces al día. 7/ Control con odontología anual y con medicina general anual por EPS. 8/ Ejercicio 3 veces a la semana como mínimo 30 minutos. 9/ Consumo de frutas y verduras y alimentación saludable, 10/ Técnica de lavados de manos con el fin de evitar enfermedades respiratorias y diarreicas. 11/ Mejorar posturas con el fin de evitar alteraciones osteomusculares, uso de EPP acorde a la actividad laboral. 12/ Hidratación constante. 13/ Hábitos saludables. 14/ Confirmar esquema de vacunación de adultos.

AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS:

MEDICO: NORMAL. OSTEOMUSCULAR: Normal. REMISION A EPS?: NO.

Apto PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO

Aptitud Especifica:

Tipo de Restricciones:

☐ vehículos pesados	☐ Trabajos en sitios de altas temperaturas	☐ Subir y bajar escaleras
☐ Equipos móviles de superficie	☐ Trabajos en sitios de bajas temperaturas	☐ Movimientos repetitivos
☐ Manejo de sustancias peligrosas	☐ Ruido por encima de 85 db	☐ Vibración
☐ Manejo de materiales fundidos	☐ Trabajos por turnos	☐ Manipulación de cargas
☐ Guardas de equipos	☐ Exposición a la luz solar directa	☐ Tareas de agarre
☐ Aislamiento y/o inmersión	☐ Exposición a material particulado y/o gases	☐ Alcances por encima del nivel de la cabeza
☐ Trabajos de altura	☐ Exposición a radiación ionizante	☐ Agacharse, ponerse en cunillas o voltearse repetidamente
☐ Operaciones de levante y manipulación de carga	☐ Trabajos en espacios confinados	☐ Manipulación de alimentos
☐ Manipulación de alimentos	☐ Posición sedente o bípeda prolongada	

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Trabajador

Firma

Jorge Enrique Betancourt Plaza
Dr. Jorge Enrique Betancourt P.
Médico Especialista
Salud Ocupacional
RSG. 10521008 LIC. 11497

Firma

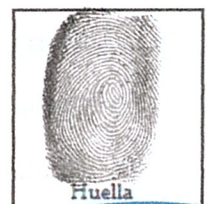
Diana Marcela Mayorga Lopez

Nombre: JORGE ENRIQUE BETANCOURT PLAZA

Nombre: Diana Marcela Mayorga Lopez

RM. Lic.SO: 15344

CC N° 1022398519



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo a **Servisalud ocupacional IPS.**, a realizar en mí, el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es) registrado(s) en este documento. **Servisalud ocupacional IPS.**, me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) opcional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones, los riesgos y consecuencias del examen y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas.

Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizara(n) el (los) exámenes. Fui informado de las medidas que tomara **SERVISALUD OCUPACIONAL IPS.**, para asegurar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este (os) examen (es) están completas y son verídicas. Autorizo a **SERVISALUD OCUPACIONAL IPS.**, para que suministre a las entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo contempladas en la legislación vigente.

AUTORIZACIÓN DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a **SERVISALUD OCUPACIONAL IPS.**, la recolección, almacenamiento de datos y que sean usados, circulados y en general tratados, con la finalidad de desarrollar nuestro objeto social, el cual es el servicio de salud ocupacional, la realización de exámenes de laboratorio, igualmente para la identificación de las personas y para la suscripción de contratos.

Con el objetivo de verificar la autenticidad de la identidad de los usuarios y con la finalidad de garantizar la seguridad de la identidad, evitar suplantaciones, fraudes y para efectos de carácter probatorio, **SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S.**, realizará la recolección de la firma digitalizada, fotografía digitalizada y la huella dactilar digitalizada, los cuales están clasificados como datos sensibles, que son almacenados en la historia clínica y por lo tanto no se almacenarán en bases de datos que serán tratadas por **EL RESPONSABLE**, garantizando así el derecho a la intimidad y confidencialidad.

Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Trabajador:

Firma:

Diana Mayorga

Nombre:

Diana Marcela Mayorga López

CC No.

1022398519



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

FECHA: 07/18 CIUDAD: BOGOTÁ DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA
Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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 ☐ PARTICIPAR ☐ CONTRATISTA OPS ☒ SERVIDOR PUBLICO ☐ OTRO ☐ CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: MAYORGA SEGUNDO APELLIDO: LÓPEZ PRIMER NOMBRE: DIANA SEGUNDO NOMBRE: MARCELA

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐ No IDENTIFICACION: 1022398519 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): BOGOTÁ FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 2012-11-27
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 1994-11-25 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): PATIA (EL BORDO) PAIS NACIMIENTO: COLOMBIA NACIONALIDAD: COLOMBIANA

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ CASA ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: NUMERO DE HIJOS: TELEFONO CELULAR: 3197780131

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ TECNICO ☒ BACHILLER ☐ OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ CUAL: TRABAJADOR SOCIAL PROFESION OFICIO: CONTRATISTA

DIRECCION RESIDENCIA: CALLE 52#19-18 CIUDAD RESIDENCIA: BOGOTÁ DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA PAIS RESIDENCIA: COLOMBIA TELEFONO RESIDENCIA: 6495622

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

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASAMBLADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOJAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: <input type="text"/>
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLADO SOCIO ☐		OTRA... ☐	
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLES	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA SI ☐ NO ☒	8299 ACTIVIDAD ECONOMICA
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐
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	GOBIERNO	SERVICIOS	UTD	# NIT 900.959.051
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐
OTRA ☐	CUAL:	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CRA 5 # 33 A 45	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL	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		ALBORROS		SALDO HIPOTECARIA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$ 0	TOTAL EGRESOS	\$ 0	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	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 Hogar o Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
RINCÓN	GUEVARA	JAIR	FERNANDO
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
CALLE 58 SUR # 780-09	BOGOTÁ	AMIGO	3154045062

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO	
ALKOSTO	TARJETA DE CREDITO	5903120002969619	RICAURTE	4440162	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:					
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIAS ☐	LOANOS ☐	SERVICIOS ☐	OTRO ☐
CUAL:					

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Auxiliares administrativos, (Facturador)

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 destinarán a actividades lícitas.

5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

Pensionado: Certificado de pensión o 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 anexas copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.

4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

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

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

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

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

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal c) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail: surla@subredcentroorientegov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude, (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Orana Marcela Mayorga López
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:	

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

 Ministerio 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-FI-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
6. Resultado de la Entrevista:		ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	6. Firma y cédula:	
7. Firma y Cédula					

NUEVA EPS S.A

Certifica

010 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos Cotizante Cabeza de Familia

CC 1022398519 DIANA MARCELA MAYORGA LOPEZ

Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A 4

Fecha Afiliación 07/08/2015 Estado Cotizante RETIRADO

Fecha Ultimo Periodo Cotizado 01/05/2018 Causal

Fecha Cancelación 00/00/0000

Beneficiarios

La presente certificación se expide el día 15 de Junio de 2018 a solicitud del interesado.

Observaciones

NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

YESICA LORENA BANDERA NAVAS
INFORMACION CALL CENTER

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) DIANA MARCELA MAYORGA LOPEZ identificado(a) con C.C No. 1.022.398.519, 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 15 de junio 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 serviciocliente@colfondos.com.co.



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

Medellín, 15 de Junio de 2018

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encontraba(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales durante las fechas indicadas, a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A por medio de la empresa DONUCOL SA que se encuentra en EN COBERTURA

A continuación se relacionan las fechas de

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación
C1022398519	MAYORGA LOPEZ DIANA MARCELA	20/06/2017	22/01/2018

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10223985191816663436

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudo

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Los trabajadores marcados con la letra R tienen retiro pendiente.

Dirección IP 200.10.154.81, 172.16.42.236

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 111137750



OSF
10:11:32
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 18 de junio 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 MARCELA MAYORGA LOPEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1022398519:

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 GONZÁLEZ
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.

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 viernes 15 de junio de 2018, a las 09:56:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1022398519
Código de Verificación	1022398519180615095615

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





Bogotá D.C., 15 de Junio de 2018 - 21:10 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL VEINTIDOS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS DIECINUEVE**

1022398519

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **6_U6RZN_1021**

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 21:13:41 horas del 15/06/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1022398519**

Apellidos y Nombres: **MAYORGA LOPEZ DIANA MARCELA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



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





Presidencia
de la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación



Gobierno en
Línea

Todos los derechos reservados.



Referencia Bancaria

Viernes, 15 de Junio de 2018

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que DIANA MARCELA MAYORGA LOPEZ identificado(a) con CC 1022398519, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	16744617905	2015/07/06	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el
momento
de
todos

