

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA			
PROCESO SOLICITANTE:	Servicio Ciudadano	FECHA:	Nº FOLIOS: 33
NOMBRE DEL CANDIDATO:	Adriano M. Acevedo T.	DOCUMENTO:	cc: 52.424.967
TELÉFONO:	315 558 13 96	ACTIVIDAD SOLICITADA:	Trabajadora Social

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO
(FIRMA DE LAS DOS PARTES).
TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FÍSICO

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO			
1	NECESIDAD DE PERSONAL OPS	SI	☐
2	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI	☐
3	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI	☐

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO			
1	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II	SI	☒
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☒
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☒
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	☒ N/A ☐
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	☒ N/A ☐
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	☒ NO ☐
7	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☐ N/A ☒
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	☒ N/A ☐
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA	SI	☒ N/A ☐
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	☒
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CITI _____ FECHA _____	SI	☒
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☒
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☐ N/A ☒
14	TARJETA PROFESIONAL	SI	☒ N/A ☐
15	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	☐ N/A ☒
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	☐ N/A ☒
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI	☐ N/A ☒
18	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes/ 6 meses / 1 año - 10 años de vigencia) V/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	☒ N/A ☐
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☒
20	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	☐ N/A ☒
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI	☐ N/A ☒
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI	☐ N/A ☒
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	☐ N/A ☒
24	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI	☐ N/A ☒
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI	☐ N/A ☒
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado	SI	☒
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: _____	SI	☒
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____	SI	☒
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: _____	SI	☒
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒
34	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)	SI	☒

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN			
V°/B° Proceso Solicitante		Fecha:	
V°/B° Talento Humano:		Fecha:	
V°/B° Contratación:		Fecha:	

Datos de la Entidad Estatal/Proveedor

[Editar datos resumen](#) [Editar datos completos](#)

Áreas de interés

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

Administración de usuarios

Recomendaciones (no disponible)

Biblioteca de documentos

Suscripción a notificaciones

Información general

Logo de la entidad 

Nombre de la entidad ADRIANA MARCELA ACEVEDO TORRES

Nombre abreviado ADRIANA MARCELA ACEVEDO TORRES

Fecha de incorporación 8 días de tiempo transcurrido (15/11/2017 03:44 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)

País de origen COLOMBIA

NIT 52424967

Tipo Entidad Estatal / Proveedor Persona Natural colombiana

Código UNSPSC

Zona horaria

Idioma

Moneda por defecto

Información de contacto

Dirección CARRERA 87 # 89 - 66

País COLOMBIA

Ciudad Distrito Capital de Bogotá

Municipio

Código postal

Teléfono de oficina 3155581396

Fax de oficina

Correo electrónico de la oficina annyacetore@gmail.com

Correo electrónico para notificaciones SECOP II annyacetore@gmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono
-----------	--------	------	----------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web

Facebook

URL linkedin

URL de youtube

Twitter URL

Contacto principal

Título

Nombre ADRIANA MARCELA ACEVEDO TORRES

Cargo

Teléfono

Móvil 3155581396

Fax

Correo electrónico annyacetore@gmail.com



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 23-nov-2017

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ACEVEDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) TORRES	NOMBRES ADRIANA MARCELA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52424967	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 0 D.M. 0		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 4 MES NOV AÑO 1977 PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. MUNICIPIO BOGOTA D. C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Cra 87 N° 89 - 66 PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. MUNICIPIO BOGOTA D. C. TELÉFONO 3971674 EMAIL annyacetore@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 BÁSICA											TÍTULO
											Bachiller Académico
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES DIC AÑO 1994

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
UN	10	X	TRABAJADOR SOCIAL	6 2010	171765223-1

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
Inglés	X			X			X		



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 23-nov-2017

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D. C.	BOGOTÁ D. C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3725610	DÍA 1 MES 11 AÑO 2016		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
TRABAJADORA SOCIAL	Atención Al Usuario	DIAGONAL 39 SUR 3 20 ESTE	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital La Victoria	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D. C.	BOGOTÁ D. C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3725610	DÍA 20 MES 2 AÑO 2014		DÍA 31 MES 12 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Trabajadora Social	Unidad de Salud Mental - maternidad	Dg 39 Sur No. 3 20 Este	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Alcaldía de Lenguazaque	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Cundinamarca	LENGUAZAQUE		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
	DÍA 4 MES 9 AÑO 2012		DÍA 31 MES 12 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Trabajadora Social	Comisaría De Familia	Cra 5 No. 3 15	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 23-nov-2017

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 Finestado Y Ciudadanía	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	MUNICIPIO BOGOTA D. C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 6062442	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 3 AÑO 2011	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 5 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO Trabajadora Social	DEPENDENCIA Atencion a comunidad	DIRECCIÓN Carrera 18 No. 93 25 oficina 103	

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	4	2
PRIVADO	0	2
PARTICULAR	0	0
TOTAL	4	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 180/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

SECTOR DE EDUCACIÓN, CULTURA, DEPORTE Y JUVENTUD

Última Actualización: 23-nov-2017

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ADRIANA MARCELA ACEVEDO TORRES

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52424967 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA

Departamento Bogotá D. C.

Municipio BOGOTA D. C.

Dirección Cra 87 N° 89 - 66

Teléfonos 3155581396 3971674

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JOSÉ ACEVEDO	19202810	PADRE
ANGELA TORRES	41777980	MADRE
JAVIER ACEVEDO	79790987	HERMANO(A)
JUAN ACEVEDO	0	HERMANO(A)
SAMUEL ACEVEDO	1014304989	HIJO(A)
DANIELA ACEVEDO	1000758951	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	\$ 17.670.856,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00

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	008400711027	20 DE JULIO	\$ 150.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	MOTO ELECTRICA	\$ 3.700.000,00
VEHICULO	MOTO APRILLIA	\$ 4.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

JOSÉ ACEVEDO	ARRIENDO	\$ 600.000,00
FAMISANAR, PORVENIR,	APORTES SEGURIDAD SOCIAL	\$ 374.700,00
HIJOS	TRANSPORTE, COLEGIO	\$ 200.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

c) En la actualidad: SI ☐ N ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE	No.
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	0

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA



UNIMINUTO

Corporación Universitaria Minuto de Dios
Adriana Marcela Acebedo Torres

C.C. No. 52.424.967 de Bogotá D.C.

*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

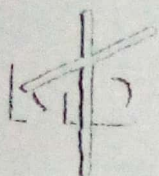
[Signature]
Consejo de Fundadores

[Signature]
Defensor

[Signature]
Rector

[Signature]
Rector General

[Signature]
Secretario General



UNIMINUTO

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Acta de Grado No. 209

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

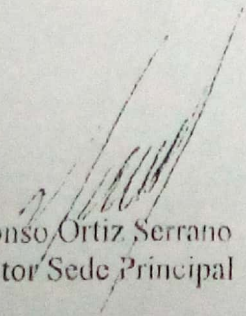
La Suscrita Secretaria General de UNIMINUTO - Corporación Universitaria Minuto de Dios,

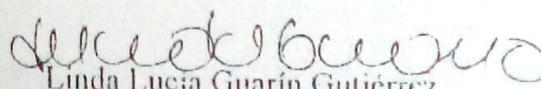
Certifica

Que en la ciudad de Bogotá, el día diecisiete (17) de abril de dos mil diez (2010), **UNIMINUTO - Corporación Universitaria Minuto de Dios**, Institución de Educación Superior, reconocida por el Ministerio de Educación Nacional, previo el juramento reglamentario, confirió el título de **Trabajadora Social** a **Adriana Marcela Acevedo Torres** con cédula de ciudadanía No. **52.424.967 de Bogotá D.C.** 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. **6705** que lo acredita como tal, registrado en el Folio **408** del Libro No. **002** de Registro de Títulos expedidos por **UNIMINUTO - Corporación Universitaria Minuto de Dios**.

UNIMINUTO - Corporación Universitaria Minuto de Dios está autorizada para conferir este título por la Ley 30 del 28 de Diciembre de 1992 y el programa cuenta con autorización de funcionamiento según Registro **282943610301100111100** concedido por el Ministerio de Educación Nacional.

En constancia de lo anterior, se firma en Bogotá, el día diecisiete (17) de abril de dos mil diez (2010)


Alonso Ortiz Serrano
Rector Sede Principal


Linda Lucía Guarín Gutiérrez
Secretaria General

**Fundación
Psicólogos
Asociados de
Colombia**



La REPÚBLICA de
COLOMBIA
y en su nombre



FUNDACIÓN PSICÓLOGOS
ASOCIADOS DE COLOMBIA

Constan que:

ADRIANA MARCELA ACEVEDO TORRES

Identificado (a) con C.C. 52.424.967 de Bogotá

Asistió a los estudios correspondientes al **DIPLOMADO** en:

**GERENCIA ESTRATÉGICA DEL TALENTO
HUMANO Y PRUEBAS PSICOTÉCNICAS**

Con una intensidad horaria de 70 horas

Otorgado en Bogotá D.C. a los 26 días del mes de marzo de 2012

LEONARDO ALFONSO PRIETO PRIETO
DIRECTOR GENERAL

FUNDACIÓN PSICÓLOGOS
ASOCIADOS DE COLOMBIA
NIT. 900218864-9
Calle 46 No. 13-31 Teléfono: 2574308



REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ADRIANA MARCELA ACEVEDO TORRES

Con Cedula de Ciudadania No. 52.424.967

Cursó y aprobó la acción de Formación

HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Medellín, a los treinta (30) días del mes de septiembre de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
MIGUEL ANGEL CEBALLOS CARO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

MIGUEL ANGEL CEBALLOS CARO
SUBDIRECTOR
CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD
REGIONAL ANTIOQUIA

23554400 - 30/09/2014
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 940100829051CC52424967C.

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN

Este documento certifica que

Adriana Marcela Acevedo Torres

realizó el curso de

Reinducción 2015 - Hospital La Victoria

14 de enero de 2015



Bogotá D.C

Señores:

Corporación 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, Adriana Marcela Acevedo Torres 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:

Trabajadora Social
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

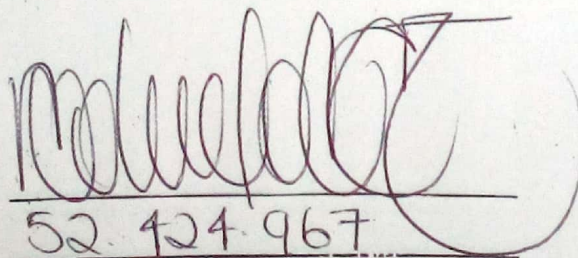
Firma

No. de documento:

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto:

Teléfono:


52 424 967
17176522 3-1
Cra 87 # 89-66
315 558 13 96



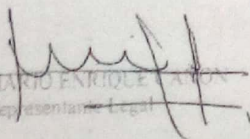
Finestado

CERTIFICACION

Hacemos constar que la señorita **ADRIANA ACEVEDO** con cédula de ciudadanía N. 52.424.967 de Bogotá, prestó sus servicios en nuestra empresa bajo el convenio de Asociación N. 225 de 2009 Proyecto 0305 "Fortalecimiento del Sistema de Seguridad Local: Componente Programa Anual de Fortalecimiento a la Seguridad Local Parques Seguros" como **Monitora de Apoyo y Convocatoria**, los fines de semana del 25 de marzo al 1 de mayo del año en curso. Con una asignación salarial de Cuatrocientos treinta mil pesos m/cte. (\$430.000).

La anterior se expide a solicitud del interesado, a los Nueve (9) días del mes de mayo de 2011.

Cordialmente,


MARIO ENRIQUEZ
Representante Legal

**LA SUSCRITA SECRETARIA DE GOBIERNO DEL MUNICIPIO DE
LENGUAZAQUE**

CERTIFICA

Que una vez revisado el archivo de la Alcaldía Municipal, se encontró que la señora **ADRIANA MARCELA ACEVEDO TORRES** identificada con cedula de ciudadanía N° 52.424.967 expedida en Bogotá, labora en con la Administración Municipal, **COMO TRABAJADORA SOCIAL DE LA COMISARIA DE FAMILIA** como a continuación se relaciona.

N° CONTRATO	DE	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	DE	VALOR MENSUAL
23 DE 2012 PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONAL	DE	04 DE SEPTIEMBRE DE 2012	28 DE DICIEMBRE DE 2012	DE	UN MILLON CIENTO SETENTA MIL, CIENTO SESENTA Y CUATRO PESOS. (\$1' 170.164)
07 DE 2013 PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES	DE	15 DE ENERO DE 2013	14 DE JULIO DE 2013	DE	UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS TRECE PESOS. (\$1'252.213)
26 DE 2013 PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES.	DE	17 DE JULIO DE 2013	31 DE DICIEMBRE DE 2013	DE	UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS TRECE PESOS (\$1'252.213)

Se expide a solicitud del interesado a los ~~veintiocho~~ días del mes de Agosto de 2013.


LUZ ANGELA CUEVAS RUIZ
SECRETARIA DE GOBIERNO

PROYECTO: DARIANA BERNAL ABRIL
REVISÓ: ANGELA CUEVAS RUIZ
APROBO: ANGELA CUEVAS RUIZ

VAMOS TODOS CONTADOS POR LENGUAZAQUE
<http://www.municipiolenгуазаке.gov.co>



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría de Salud
HOSPITAL LA VICTORIA

**EL SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO DEL HOSPITAL LA
VICTORIA, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, TERCER NIVEL DE ATENCIÓN
CON NIT 800197177-2**

HACE CONSTAR

Que **ADRIANA MARCELA ACEVEDO TORRES**, identificada con cédula de ciudadanía No 52.424.967, prestó sus servicios como Trabajadora Social en el Hospital La Victoria III Nivel, mediante las siguientes órdenes de prestación de servicios.

No. de Orden	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Termino de Ejecución	Honorarios mensuales
806/14	20/02/2014	31/12/2014	10 meses y 8 días	\$2.124.000
148/15	01/01/2015	31/12/2015	12 meses	\$2.289.600

Esta modalidad de contratación es susceptible a prorrogarse mes a mes y está sujeta a disponibilidad presupuestal de la entidad. Para cualquier tipo de confirmación de datos comunicarse al teléfono No. 3725610 Ext. 326.

La presente no constituye certificación de cumplimiento o paz y salvo y se expide a solicitud del interesado a los veintiséis (26) días del mes de Enero de dos mil dieciséis (2.016).

Cordialmente,

ANDRÉS FELIPE TORRES RODRIGUEZ
SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

Elaborado Por: Yuri Andrea Siabato S. - Técnico en Contratación



"El Camino a la Victoria, una vía de acceso al derecho de la Salud"
Diagonal 39sur No. 3 - 20 Este PBX. 3725610



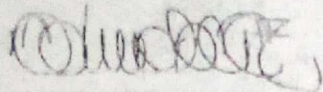
**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52424967

ACEVEDO TORRES
APELLIDOS

ADRIANA MARCELA
NOMBRES



FETIVA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-NOV-1977
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

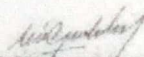
1.54
ESTATURA

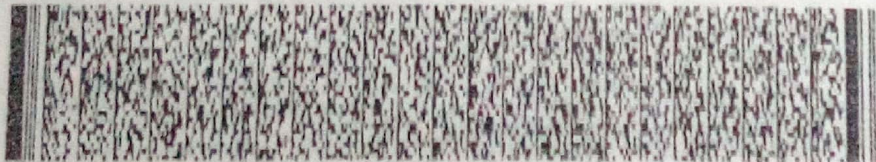
O+
G.S. RH

F
SEXO

28-MAR-1996 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR



A-1500102-42097685-F-0052424967-20020222

0544002052A 01 112112232

2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14438441664



(415)7707212485584(8020) 0000014438441664

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 2 4 2 4 9 6 7

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

5 2 4 2 4 9 6 7

27. Fecha expedición:

1 9 9 6 0 3 2 8

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

ACEVEDO

32. Segundo apellido

TORRES

33. Primer nombre

ADRIANA

34. Otros nombres

MARCELA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Signa:

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

CR 87 89 66 BRR SERENA

42. Correo electrónico:

annyacetore2000@yahoo.es

43. Código postal

44. Teléfono 1:

45. Teléfono 2:

3 9 7 1 6 7 4

3 1 5 5 5 8 1 3 9 6

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

7 4 9 0

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 2 0 9 0 1

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

Otras actividades

1 2

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos

0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 7 1 1 1 6

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 ACEVEDO TORRES ADRIANA MARCELA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

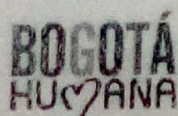


DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 18-04-2015
Hora: 8:55:53 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 52424967-6 ADRIANA MARCELA ACEVEDO TORRES

Información		Perfil Tributario
<i>Dirección</i>	CRA 87 89 66 BRR SERENA	<i>Naturaleza Jurídica</i> PERSONA NATURAL
<i>Teléfonos</i>	3096769-3014636969	<i>Régimen Tributario</i> REGIMEN SIMPLIFICADO
<i>Dirección</i>	ANNYACETORE2000@YAHOO.ES	<i>Actividad 1:</i> 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL
<i>Fax</i>		<i>Actividad 2:</i> -
Información de		<i>Actividad 3:</i> -
<i>Fecha Inscripción</i>	18/04/2015	<i>Actividad 4:</i> -
<i>Soporte Inscripción</i>	16634580	<i>Actividad 5:</i> -
<i>Fecha Inicio Actividades</i>	18/04/2015	
<i># Establecimientos:</i>	0	<i>Fecha Inicio</i>



Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y
Kr 30 24 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C.



Consejo Nacional de Trabajo Social

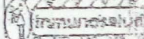
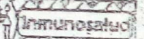
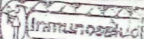
Ley 53 de 1977- Decreto 2833 de 1981

TRABAJADOR (A) SOCIAL

Código: 171765223-I



Registro: 52.424.967
Nombres: Adriana Marcela
Apellidos: Acevedo Torres
Inscripción: 2 de diciembre de 2010
Vigencia: 2 de diciembre de 2020

VACUNA	DOSIS REPOSICION	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1 DOSES	1434017	10 DIC 2014	
	2 DOSES	1434017	19 ENE 2015	
	3 DOSES	1434017	19 FEB 2015	
	4 DOSES			
HEPATITIS A	1 DOSES			
	2 DOSES			



CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Consulte su certificado de vacunación en:
www.inmunosalud.com

NIT 900174965-9
 CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 110011779801
 CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO 110011779802

NOMBRES: Adriana M. Acevedo T.
 DOCUMENTO: 52424967
 TELEFONO: 30967609

VACUNA	DOSIS REPOSICION	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
TETANICO DIFTERICO	1 DOSES			
	2 DOSES			
	3 DOSES			
	4 DOSES			
TRIPLE VIRAL	REPOSICION			
	1 DOSES			
	2 DOSES			

DATOS DEL PACIENTE

Bogotá D.C, 08/oct./2016 10:40 am

Nombres: ADRIANA MARCELA ACEVEDO TORRES

Tipo de Documento: CC Documento 52424967

Sexo: F F. Nacimiento: 04/nov./1977 Edad: 39.0 años

Entidad: PACIENTE PARTICULAR Cargo: TRABAJADORA SOCIAL



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

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

1	APTO (A) FISICA Y MENTALMENTE PARA EL CARGO	Si	X
2	APTO (A) CON PATOLOGIAS QUE NO INTERFIEREN CON SU FUNCION	Si	
3	CON RESTRICCION TEMPORAL PARA EL CARGO (APLAZADO)	Si	
4	CON RESTRICCION ABSOLUTA PARA EL CARGO	Si	

Tipo de Restriccion: NINGUNA
Duración: (-)

Recomendaciones: SI

	Evitar sobrecargas mayores a 25 Kg.
X	Acudir a consulta médica en su EPS para manejo y control por: NUTRICIONISTA
	Nutricionales - Cambios de estilo de Vida
	Consulta optometria para formula de trastorno refractivo
X	MANTENER HABITOS DE VIDA SALUDABLE, MAYOR ACTIVIDAD FISICA, CONTROL POSTURAL Y PAUSAS ACTIVAS PERIODICAMENTE:

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

C. VISUAL	C. AUDITIVO	R. BIOMECANICO	NUTRICIONAL	X	CARDIOVASCULAR
RIESGO QUIMICO		PREVENCION DE DESORDENES MUSCULOESQUELETICOS			

Exámenes Realizados:

Medico	X	Osteomuscular énfasis Espalda	Optometria	Agudeza Visual	Visiometria
Espirometria		Audiometria	Frotis Garganta	KOH	RH
Glucosa		Hemograma	Serología	P. Alcohol	Coprológico
E.K.G.		Manipulación de Alimentos	Vacuna Tétanos	Drogas	Baciloscopia (BK)
Perfil Lipídico		Psicométrico	F. Hepática	Alturas	Enfasis Cardiovascular
				Creatinina	

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera. Cualquier omisión o falsedad sera causa justa de finalización del contrato.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): MANUEL CASTELLANOS

Bogotá D.C, 08/oct./2016 10:40 am

R.M. Enrique Castellanos Buitrago
E.S. Ocupacional
Lic. No. 12427/2014
R.M. No. 10862-S.S.A.
Especialista Salud Ocupacional

Firma Examinado
C.C. No 52424967



* BOGOTÁ SEDE PRINCIPAL
Calle 19 No. 350 Piso 17 Edificio Barichara
Tels: (+57) 281 4505 - 286 5891 - 286 5382

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 1948
Tels: (+57) 262 0425 - 347 4934

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 1782
Tels: (+57) 447 6008 - 447 1401 - 414 6387

SEDE BARRANQUILLA
Cra. 518 No. 24 334
Centro Médico Vital - Consultorio 504
Tels: (+57) 314 604 7338

SEDE NORTE
Avenida Norte No. 83 29
Tels: (+57) 305 1875 - 410 5770 - 610 5271

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal) 351 No. 12B - 42 Sur,
Villamayor (Tels: (+57) 428 5819 - 103 9144

VILLAVICENCIO
Calle 32 No. 41 - 70 Barrio Barcal Alta
Tels: (+57) 612 0516 - 612 0515

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A - 25 13 FIVE BOLIVARIAS Center
Interior 142 - Oficina 418

CARTAGENA DE INDIAS
Calle 37 No. 6 25 La Manana grupo 7, Arroyo
Barco del Estado Tels: (+57) 451 0152 - 451 0157

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3 11 Oficina 0005 Luján Pardo
Trade Center Tels: (+57) 310 8718 - 310 8719

MONTELEÓN
Carrera 80 No. 42 5 - 10 Oficina La Estrella
Tels: (+57) 471 1348 - 471 1353

CAJÍ
Calle 18 Norte No. 45 - 47 Barrio Villavieja
Tels: (+57) 310 8718 - 310 8719

* SEDE CLÍNICA

www.cendiatra.com

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 ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA: 2017-11-27		CIUDAD: Bogotá		DEPARTAMENTO: Cundinamarca	
Distiguído Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario no 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 Políticas 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: _____	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
Acedo		Torres		Adriana	
SEGUNDO NOMBRE		No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	
Marcela		52424967		Bogotá	
TIPO DE IDENTIFICACION		C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		52424967		1996/03/28	
ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	
		1977/11/04		Bogotá	
PAIS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:			
Colombia		Colombiana			
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS	
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☒ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐		2		2	
TELEFONO CELULAR		NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA		PROFESION / OFICIO	
3155581396		MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLOGO ☐		Trabajador Social	
CUAL: _____		DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	
		Carrera 87 # 89-66		Bogotá	
DEPARTAMENTO:		PAIS RESIDENCIA:		TELEFONO RESIDENCIA	
Cundinamarca		Colombia		3971674	
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
annyaceto@gmail.com				PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		PAIS:	
DEPARTAMENTO:		TELEFONO/FAX			
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	
SEGUNDO NOMBRE		TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	
		C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐			
		PASAPORTE ☐ OTRO ☐		CUAL: _____	
ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD:			
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐ SOCIO ☐ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐		ESTUDIANTE ☐ CONTRATISTA ☒ EMPLEADO SOCIO ☐		HOGAR ☐ COMERCIANTE ☐	
PENSIONADO ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ OTRA ☐		CUAL: _____			
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		SI ☐ NO ☒	
		IVA		SI ☐ NO ☒	
		ICA		SI ☐ NO ☒	
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 E.S.E.	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒		# NIT	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐				900959051	
OTRA ☐ CUAL: _____					
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	
Cg 39.51 #30-20E		3725610 Ext 230		Bogotá	
CARGO ACTUAL		DEPARTAMENTO		PAIS	
Trabajador Social		Cundinamarca		Colombia	
FECHA VINCULACION					
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	
DESCRIPCION ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCION		TIPO SOCIEDAD	

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	
--	--	--	--	--	--

5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
SALARIOS	\$2788.140=	GASTOS FAMILIARES	\$1.300.000=	AHORROS	—
HONORARIOS	—	ARRIENDOS	\$700.000=	INVERSIONES	—
ARRIENDOS	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS	\$7.700.000=
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES	—
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	\$500.000=	OTROS ACTIVOS*	—
TOTAL INGRESOS	\$2788.140=	TOTAL EGRESOS	\$2.500.000=	TOTAL ACTIVOS	\$7.700.000=
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	
—		—		—	

6. REFERENCIAS PERSONALES			
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Triana	Barrantes	Liliana	Patricia
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Carretera 4 # 3-70	Lenguazaque / Cundinamarca	Laboral - Ex-Jefe	8557114-8557006

7. REFERENCIA FINANCIERA				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Daviuenda	Cuenta de Ahorros	0084000027	20 de Julio	3000000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

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.):	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 1.2em;">Trabajadora Social</div>	
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 anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible. Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante	
1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. (Para Comerciantes) 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT. 3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital. 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%. 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar) 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad) APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público. NOTA: Todos los 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 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 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o 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 finalidad mencionada a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, 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.

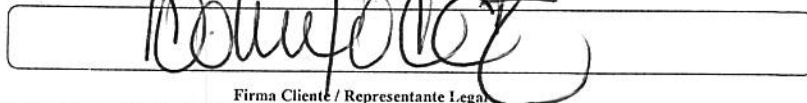
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo 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, teléfono 344 44 84, e-mail sarilaft@subredcentrooriente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR 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.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 VERDADERA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO





Firma Cliente / Representante Legal

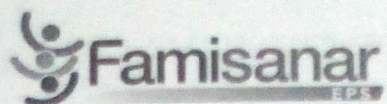
Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ADRIANA MARCELA ACEVEDO TORRES identificado(a) con CC 52424967 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 27/09/2012

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 20 días del mes de noviembre del año 2017.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR LTDA.



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ADRIANA MARCELA ACEVEDO TORRES**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **52,424,967**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de Noviembre de 2017.

Gerente de Clientes



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909402, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	52424967	ADRIANA MARCELA ACEVEDO TORRES	LA VICTORIA-ASISTENCIAL	3	2.436%	01/11/2016	30/11/2017	INDEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 23 de Noviembre del año 2017.

Firma Representante Legal

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 101930646



WEB

14:21:42

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 20 de noviembre del 2017

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) ADRIANA MARCELA ACEVEDO TORRES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52424967:

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 CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y
JURISDICCIÓN COACTIVA

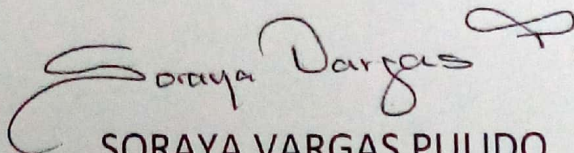
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 20 de noviembre de 2017, a las 14:23:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	52.424.967
Código de Verificación	666569782017

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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

Digitó y Revisó: Vía Web



Bogotá D.C., 24 de Noviembre de 2017 - 9:28 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **ADRIANA MARCELA ACEVEDO TORRES**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE** de BOGOTÁ, D.C.

52424967

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.

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: **11_99ZZQ_289**

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

Síguenos en >    



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio

Institución

Contactenos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 20/11/2017 a las 14:24:48 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 52424967 y
Nombres: ACEVEDO TORRES ADRIANA MARCELA

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional más cercanas.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

[Volver al Inicio](#)

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

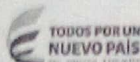
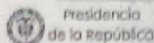
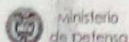
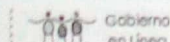
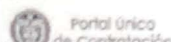
Carrera 59 N° 24-21, CAN, Bogotá DC

Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm

Requerimientos ciudadanos 24 horas

Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600

FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co



Todos los derechos reservados 2011.



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2016/10/15

Por medio de la presente hacemos constar que la señora ADRIANA MARCELA ACEVEDO TORRES
con Cédula de Ciudadanía número 52424967
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número 008400711027

Fecha Apertura 2014/03/18

Cordialmente:



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA