NOMBRE COMPLETO: Danna Paola Piedrahita Ordoñez

IDENTIFICACIÓN: 1033718921

OBJETO CONTRATO: Aux Laboratorio

N°	DOCUMENTO	VERIFICACION	OBSERVACION
1	Formato Requisición para contratos por prestación de servicios		
2	Formato de entrevista técnica (previamente diligenciado por el personal idóneo, con fecha, firma y observaciones positivas o negativas).		
3	Señal de Talento Humano para SAF remitiendo los documentos para el contrato e informando: -No hay personal de planta para cubrir la necesidad actual -Cumple con la idoneidad o experiencia requerida		
4	**Formato Único Hoja de Vida Persona Natural** - Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), actualizada e impresa desde el SIGEP (www.sigep.gov.co). Nota: Registrar las fechas de experiencia laboral soportadas en los certificados físicos anexos.	✓	
5	Fotocopia de Certificaciones de Experiencia Laboral acuerdo Tipo de labor (Resolución No. 1684 del 30 de diciembre de 2021 Dirección General de Sanidad Militar DIGSA.) Relacionadas en el SIGEP		
6	**Formato Único de Declaración de Bienes y Rentas** – Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP)	✓	
7	Fotocopia legible Cédula de Ciudadanía (ambos lados)	✓	
8	**Certificado de Antecedentes Judiciales Policía Nacional** con fecha de expedición no superior a 90 días (www.antecedentes.policia.gov.co)	✓	
9	**Certificado de Consulta de inhabilidades delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años,** con fecha de expedición no superior a 90 días (www.inhabilidades.policia.gov.co). (Acuerdo Ley 1918 de 2018 el certificado aplica para el personal asistencial que realiza atención a menores de edad).	✓	
10	Consulta del Registro Nacional de Medidas Correctivas de la Policía Nacional (www.policia.gov.co – módulo" Consulta de Medidas Correctivas CNPC) Ley 1801-29 Julio/16. No superior a 90 días	✓	
11	**Certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Procuraduría General de la Nación,** con fecha de expedición no superior a 90 días (www.procuraduria.gov.co)	✓	
12	**Certificado del Boletín de Responsabilidad Fiscal** expedido por la Contraloría General de la República, con fecha de expedición no superior a 90 días (www.contraloria.gov.co)	✓	
13	**Certificado Registro de Deudores Alimentarios Morosos** – REDAM con fecha de expedición no superior a 90 días	✓	
14	Fotocopia Diploma Bachiller y Acta de Grado (aplica para bachiller técnicos y tecnólogos).	✓	
15	Fotocopia Diploma y Acta de Estudios Técnicos y/o Tecnológicos. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación de servicios técnicos y/o tecnológicos)	✓	
16	Fotocopia Diploma y Acta de Grado Estudios Profesionales. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación de servicios profesionales)		
17	Fotocopia Diploma o Acta de Grado de Especialización. (Obligatorio para todos los aspirantes prestación servicios profesionales especializados)		
18	Convalidaciones de títulos obtenidos en el exterior (Si Aplica)		
19	Fotocopia Tarjeta Profesional (acuerdo a las profesiones que aplique).		
20	**Certificado de Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (ReTHUS).** (Si Aplica, es de obligatorio cumplimiento que este registrada la formación académica, por la cual se va a contratar) ***Nota:*** *"Para el ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones del área de la salud no se requieren registros, inscripciones, licencias, autorizaciones, tarjetas o cualquier otro requisito diferente al ReTHUS. Por lo anterior resulta improcedente exigir o realizar inscripciones departamentales diferentes a la del ReTHUS, que, como su nombre lo indica, es un registró único y nacional.*		
21	Los técnicos y/o tecnólogos de la salud deberán aportar **Fotocopia de la Resolución o Acto Administrativo** expedido por la Secretaria de Salud donde se autorice el ejercicio de la aptitud ocupacional del área de la salud correspondiente. *(Aplica para el personal asistencial que no requiere ReTHUS).* ***Nota:*** *El talento humano en salud que debe inscribirse para el ReTHUS a nivel técnico y tecnológico en los siguientes programas: Auxiliar de administrativo en salud, Auxiliar de enfermería, Auxiliar en salud oral, Auxiliar en salud pública, Auxiliar en servicios farmacéuticos, Técnico profesional en atención pre-hospitalaria, Técnico profesional en citohistología, Tecnología en atención pre hospitalaria, Tecnología en citohistología, Tecnología en regencia de farmacia, Tecnología en manejo de fuentes abiertas de uso diagnóstico y terapéutico, Tecnología en radiodiagnóstico y radioterapia, Tecnología en radiología e imágenes diagnósticas y Tecnología en radioterapia.*	✓	
22	**Fotocopia Certificado del Curso de Atención de Víctimas de Violencia Sexual Vigente** (Aplica para el personal asistencial).	✓	
23	**Fotocopia Certificado del Curso de Atención de Víctimas de Ataques con Agentes Químicos Vigente** (Aplica para el personal de traslado asistencial y servicio de urgencias, vigencia 02 años).	✓	
24	**Fotocopia Certificado del Curso Diagnóstico y manejo clínico del dengue** (Aplica para el personal asistencial profesionales en Pediatría, Médicos Generales, Enfermeros y Bacteriólogos). Circular conjunta externa N° 013 de 30 mayo 2023 e Instrumento planes de mejora-curso OPS ETV-Zoonosis v1 16/06/2023 Secretaria de Salud		
25	**Fotocopia Certificado Capacitación Protección Radiológica Vigente (Resolución 482 de 2018)** Personal Médicos Radiólogos, Odontólogos, Técnicos de RX e Imágenes Diagnósticas, Auxiliares de Odontología.		
26	**Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Básico BLS Vigente**		

	(Aplica para el personal de Médicos Generales, médicos especialistas según aplique, Enfermeras Profesionales, Auxiliares de Enfermería del servicio de urgencias, UCI y traslado asistencial básico. Vigencia 02 años.		
27	**Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Avanzado ACLS (mínimo 48 horas) Vigente** (Aplica para el personal Médicos Generales, Enfermería Profesional, Terapeutas respiratorias y Tecnólogo del servicio de traslado asistencial medicalizado y todo el personal del servicio urgencias). Vigencia 02 años.		
28	**Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Avanzado en Trauma ATLS** (Aplica para el personal de especialidad como Cirujanos generales)		
29	**Fotocopia Certificado de Entrenamiento en Soporte Vital Avanzado Pediátrico (SAVP-PALS) (mínimo 48 horas) Vigente** (Aplica para el personal Médico manejo de pacientes pediátricos con urgencias respiratorias, choque y paro cardiorrespiratorio) Vigencia 02 años.		
30	**Fotocopia Certificado AIEPI Clínico Comunitario Vigente.** (Para el siguiente personal que realizará atención en salud infantil: Médicos – Enfermera Profesional - Auxiliar Enfermería en la atención de la Ruta Materno Perinatal y Atención momento curso de vida primera infancia).		
31	**Fotocopia Certificado Capacitación Primeros Auxilios Vigente (mínimo 40 horas).** (Aplica para personal Conductores de Ambulancias TAB y TAM en los ESM), vigencia 02 años.		
32	**Fotocopia Certificado Entrenamiento Específico en Unidad de Cuidado Intensivo (Vigencia 02 años). En caso de tener Diplomado no requiere actualización.** (Aplica para el personal de Médicos Generales, Enfermeras Profesionales, Terapeutas Respiratorios, Nutricionistas y Auxiliares de Enfermería, que realizan turnos en Unidad de Cuidado Intensivo).		
33	**Fotocopia Certificado de formación en el manejo de la gestión pre-transfusional vigente.** (Aplica para Bacteriólogo del Servicio Transfusión Sanguínea HONAC)		
34	**Fotocopia Certificado Capacitación Toma de Citología de Cuello Uterino vigente** (Aplica para el personal asistencial que realice toma de citologías Cuello Uterino)		
35	**Certificado formación manejo del dolor y cuidado paliativo vigente** (Aplica al personal asistencial del manejo del dolor y paliativos que no cuenta con la especialización), vigencia 02 años.		
36	**Certificado gestión del duelo vigente** (Aplica al personal asistencial que labora en atención del parto, cuidados intensivos adultos cuidados intermedio- neonatal- pediátrico HONAC) vigencia 02 años.		
37	**Fotocopia de certificado de formación en el Programa Ampliado de Inmunizaciones vigente** (Personal asistencial del servicio de vacunación).		
38	**Fotocopia certificado de formación para la atención y tratamiento en salud mental vigente** (Personal asistencial del servicio de hospitalización en salud mental HONAC).		
39	**Fotocopia del certificado o carnet de manipulación de alimentos, para el personal que labora en el área de cocina (Resolución 2674 de 2013 Ministerio de la Protección Social)**		
40	**Fotocopia del certificado de curso COVE- OVEM para conductores de vehículos de emergencia (ambulancia)** Vigencia 02 años.		
41	**Fotocopia certificada de formación** en Trabajo Seguro en alturas **Resolución 4272 de 2021 Ministerio del trabajo** Ningún trabajador podrá trabajar en alturas sin contar con la certificación respectiva que acredite las competencias laborales, del nivel para el cual fue certificado. Vigencia 18 meses.		
42	Certificación de Afiliación como independiente EPS con fecha de expedición no superior a 30 días.	✓	
43	Certificación de Afiliación como independiente a la Administradora de Pensiones, con fecha de expedición no superior a 90 días.	✓	
44	Copia del Carnet de Vacunación del aspirante (Verificación Esquema Vacunación acuerdo Tipo de Labor Personal avalado por el Área de Vacunación y SST acuerdo Procedimiento Requisitos de Vacunación acuerdo Labor Personal DIGSA. Verificación (www.PAI.web (A Nivel Nacional) –www.PAI2.0 (Bogotá D.C.)	✓	
45	Exámenes Ocupacionales de Ingreso del aspirante acuerdo Tipo de Labor avalado por SST.	✓	
46	Fotocopia Registro Único Tributario (RUT) Persona Natural.	✓	
47	Fotocopia de Certificación Bancaria con fecha de expedición no superior a 90 días.		
48	Verificación Estudio de seguridad (Concepto Favorable) Sin excepción para todo contratista. Directiva Permanente 2052 /MDN-COGFM-COARC-SECAR-JEMOP-JINAV-CCOIN-DEPOCI-DIVSEN-23.1 de fecha 30-08-2023 trata "Lineamientos generales y particulares para el desarrollo de actividades de Seguridad de Personal en la Armada Nacional.		

Nota: Los documentos que **NO** se requieran para el objeto a contratar, registrar **"No Aplica"** en la Columna de verificación.

S1 Ardila Alvarez Alexis	S1 LANA
Grado y Nombre del funcionario STH que verifica documentos	**Grado y Nombre del Jefe de Sección Talento Humano o Jefe Personal DISAN/ESM**

Ciudad y fecha de verificación: 06/10/2026 Bogotá.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Piedrahita	Ordoñez	Danna Paola

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1033718921	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 23 MES 01 AÑO 2008	CALLE 51 SUR 19A 9			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	BOGOTÁ. D.C.
DEPTO	BOGOTÁ. D.C.	MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.		
MUNICIPIO	BOGOTÁ. D.C.	TELÉFONO		EMAIL	piedrahitad00@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 OBTENIDO	EDUCACION MEDIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2024

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

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

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
Escuela de Salud San Pedro Claver	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		Auxiliar En Enfermería	07	2026

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO
Escuela de Salud San Pedro Claver	EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO		X		Auxiliar En Laboratorio Clínico.	07	2026

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE 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

5 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
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						

6 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS						
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO						FECHA DE RETIRO				
	Día:		Mes:		Año:		Día:		Mes:		Año:	
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO				DIRECCIÓN						

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

8 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogota D.C 17 - Septiembre - 2026

Danna P.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9 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.

Bogota 06/10/2026

Ciudad y fecha

51 Alexis Ardila Alvarez

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-09-16 10:42

Nombres y apellidos completos

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
DANNA	PAOLA	PIEDRAHITA	ORDOÑEZ

Documento de identificación

Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1033718921

Lugar de nacimiento

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Lugar de domicilio

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR 1

Lugar de sede

País	COLOMBIA	Departamento	BOGOTÁ. D.C.	Municipio	BOGOTÁ. D.C.

Dirección	["CARRERA 10 N 27 51 Residencias Tequendama Torre Norte Oficina 204"]
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$0,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$100.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

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 participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP **1.033.718.921**



Apellidos
PIEDRAHITA ORDOÑEZ

Nombres
DANNA PAOLA

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.71	F

Fecha de nacimiento
25 ENE 2008

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
26 ENE 2026, BOGOTA D.C.

Firma

Danna Paola ♡

Fecha de expiración
28 ENE 2036

.CO

089286764

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL089286764815001<<<<<<<<<<<
0801252F3601280COL1033718921<6
PIEDRAHITA<ORDONEZ<<DANNA<PAOL

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:46:38 AM horas del 15/09/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1033718921**

Apellidos y Nombres: **PIEDRAHITA ORDOÑEZ DANNA PAOLA**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

Volver al Inicio

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:27:11 horas del 15/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1033718921,** Apellidos y Nombres **PIEDRAHITA ORDOÑEZ DANNA PAOLA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **Sanidad Militar** , con NIT **830039670-5** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

[redacted]

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 15/09/2026 08:12:44 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1033718921** y Nombre: **DANNA PAOLA PIEDRAHITA ORDOÑEZ.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **147675215** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303215382

PIB
15:27:45

Bogotá DC, 18 de septiembre del 2026

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) DANNA PAOLA PIEDRAHITA ORDOÑEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033718921:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. 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. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

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 Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 15 de septiembre de 2026, a las 08:18:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1033718921
Código de Verificación	1033718921260915081851

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1033718921 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

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.

Se expide en Bogotá el 18/09/2026 03:05 PM

Código Verificación: **4LHR1K8MA2**

Válida hasta: **18/12/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional, Secretaría de Educación Distrital y en su nombre el

Colegio Marco Fidel Suárez

Institución Educativa Distrital

Autorizado por la Secretaría de Educación Distrital según Resolución No. 7474 del 19 de Noviembre de 1998

Confiere a:

PIEDRAHITA ORDOÑEZ DANNA PAOLA

D.I. 1033718921

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media (Art. 28 Ley 115 de 1994), según los planes y programas vigentes.

Miguel Ángel Gómez
C.C No. 80.269.417 Bogotá
Rector

Leticia Mendieta Forero
C.C No. 51.995.622 de Bogotá
Secretaria Académica

No requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decreto 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional y 2150 del 5 de diciembre de 1995 de la Presidencia de la República.

Dado en Bogotá, D.C., a los 28 días del mes de Noviembre de 2024.

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 24
COLEGIO
MARCO FIDEL SUÁREZ

Institución Educativa Distrital

Dirección: Carrera 25 sur No. 52c-92 Teléfono: 6017410022

Inscripción S.E.D. 2610 Inscripción DANE 111001014206

En la ciudad de Bogotá, D.C, a los 28 días del mes de noviembre del año 2024, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretaría Académica del Colegio Marco Fidel Suárez I.E.D., aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Académica, autorizada por la Secretaría de Educación Distrital para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución N° 7474 del 19 de noviembre de 1998.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el TÍTULO de BACHILLER ACADÉMICO a los graduados cuyos nombres y apellidos se relacionan a continuación:

PIEDRAHITA ORDOÑEZ DANNA PAOLA
D.I. 1033718921

La presente acta consta de 38 alumnos graduados comienza con el nombre de: BARBOSA MORENO SANTIAGO y termina con el nombre de: VALENCIA RIOS XIMENA ANDREA.

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

No requiere ser registrada, según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1996 del M.E.N.

Miguel Angel Gómez
C.C. No. 80.269.417 Bogotá
Rector

Leticia Mendieta Forero
C.C. No. 51.995.622 de Bogotá
Secretaria Académica

República de Colombia

Escuela de Salud "San Pedro Claver"

Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 817 del 8 de Marzo de 2006 de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C y Acuerdo No. 0365 de 28 de Noviembre de 2014 expedido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud – Ministerio de Salud y Protección Social y Registro Oficial del Programa según Resolución No. 13-040 del 26 de Junio de 2023 de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C., de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1075 de 2015

Teniendo en cuenta que:

Dana Paola Piedrahita Ordóñez

Identificado(a) con la C.C. 1.033.718.921 de Bogotá, D. C.

Curso satisfactoriamente los estudios y cumplió con las exigencias legales del programa Técnico Laboral en Auxiliar en Enfermería con una intensidad de 1800 horas, le confiere el presente certificado de Aptitud Ocupacional como:

Técnico Laboral por Competencias en

Auxiliar en Enfermería

Director(a)

Secretario (a)

Dado en Bogotá, D. C. a los 05 días del mes de Julio del 2026

Anotado al Libro de Registro de Certificados No. 03 Folio No. 38

ESCUELA DE SALUD
"SAN PEDRO CLAVER"

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
AUTORIZACIÓN OFICIAL SEGÚN RESOLUCIÓN
Nº [illegible] DEL 12 DE NOVIEMBRE DE 2009
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE BOGOTÁ, D.C.
ACUERDOS DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
Nº [illegible] DEL 23 DE DICIEMBRE DE 2008 Y Nº [illegible] DEL 21 DE MAYO DE 2009

ACTA DE CERTIFICACIÓN

En la Ciudad de Bogotá, D.C., a los nueve (9) días del mes de julio del año 2026 se reunieron los estudiantes y los suscritos Director y Secretaria de la **ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER"** con el fin de formalizar la terminación de estudios del programa académico **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA** (Intensidad 1800 Horas). Comprobada la situación legal y académica de los estudiantes que cursaron y culminaron los estudios correspondientes al programa **TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, se procedió a otorgar **EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL**, de **TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA** al egresado cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

PIEDRAHITA ORDOÑEZ DANNA PAOLA

C.C. 1.033.718.921 BOGOTÁ D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original N° 70 de fecha 9 de julio del año 2026 que comienza con el nombre de **Alvarez Tapiero Daniela** y cierra con el nombre de **Zapata Martínez María José.** Firmado y sellado por **OVIDIO LÓPEZ ROBAYO** (Director) y **LUZ ANGELA MERCHAN BENAVIDES** (Secretaria).

Dada en Bogotá D.C. a los nueve (9) días del mes de julio de 2026

El Director
C.C.Nº 37'324.744 de V/cio.

La Secretaria
C.C. Nº 35'464.906 de Usaquen.

Libro de Registro 03 Folio 38

República de Colombia

Escuela de Salud "San Pedro Claver"

Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Licencia de Funcionamiento según Resolución No. 817 del 6 de Marzo de 2006 de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica que:

Danna Paola Piedrahita Ordóñez

Identificada(o) con la C.C. 1.033.718.921 de Bogotá, D.C.

Asistió y cumplió satisfactoriamente al Diplomado en:

Laboratorio Clínico

Director(a)

Dado en Bogotá, D.C., a los 09 días del mes de Julio de 2026 LC-743-1-2026

Anotado al Libro de Registro de Certificados No. 03 Folio No. 40

BOGOTÁ | SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No A95226 del día 30 del mes de Septiembre del año 2026
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión/ocupación en el Territorio Nacional.
LA SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) DANNA PAOLA PIEDRAHITA ORDOÑEZ Identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033718921, solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión/ocupación AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER, el día 2026-28-08, registrado en el libro 03, Folio 38, año 2026.

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

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a DANNA PAOLA PIEDRAHITA ORDOÑEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033718921, para ejercer la profesión/ocupación de AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: DANNA PAOLA PIEDRAHITA ORDOÑEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033718921, quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) dentro de los primeros (5) cinco días hábiles del mes inmediatamente siguiente al de expedición de este Acto Administrativo.

ARTÍCULO TERCERO: Notifíquese electrónicamente el contenido de la presente Resolución a DANNA PAOLA PIEDRAHITA ORDOÑEZ , identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033718921, o a quien haga sus veces, haciéndole saber que, contra la misma sólo procede el recurso de reposición ante esta Dirección, el cual deberá interponerse dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación electrónica, por medio de la plataforma virtual mediante la cual se llevó a cabo el trámite inicial o por escrito.

NOTIFIQUESE, Y CÚMPLASE Dada en Bogotá, D.C. a los 30 días del mes de Septiembre del año 2026



MARIANA BARROS CADENA

Subdirectora de Inspección Vigilancia y Control de Servicios de Salud

Código de verificación: pytWf803Ld

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *	Primer Nombre	Primer Apellido
Cedula de Ciudadania	1033718921		

Confirme los números de la Imagen *



Cambiar

9104

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2026-10-06--11:00:00 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación	Detalles
CC	1033718921	DANNA	PAOLA	PIEDRAHITA	ORDOÑEZ	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) DANNA PAOLA PIEDRAHITA ORDOÑEZ identificado(a) con CC 1033718921 registra La siguiente información:

2026-10-06--11:00:00 AM

Información Académica

AUX	**Local**	**TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA**	**2026-09-30**	**95226**	**DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD**

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Quirón®
CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Danna Paola Piedrahita Ordóñez

CC: 1033718921

En el Curso de: ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO CON ENFOQUE PSICOSOCIAL

Para: Auxiliar en Enfermería

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos, legales y reglamentarios establecidos para el Curso Teórico - Práctico, impartido por **Quirón Centro de Formación en Salud S.A.S., identificado con NIT 901237169-2,** matrícula mercantil N°. 722.315, **con Licencia de Funcionamiento N°. 04757 de 2023,** otorgada por la Secretaría de Educación, como institución para la Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ETDH). **En cumplimiento del Decreto 1075 de 2015 (Art. 2.6.6.8) del Ministerio de Educación Nacional – Educación Continua, y la normatividad vigente: Resolución 0156 de 2021, Resolución 1732 del 2026, Decreto 376 de 2022 y Decreto 1444 de 2025.**

El curso fue realizado el **8** de **septiembre** de **2026** con una intensidad horaria de **80 Horas.** El presente certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de su expedición.

VIGILADO MINEDUCACIÓN

Victor Hugo Estrada Pedrozo
Representante Legal
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO

Johanna Tapia M.
Directora Administrativa
JOHANNA PAOLA TAPIA MARTINEZ

S. Lorena Osorio Cuervo
Coordinadora Académica
SANDRA LORENA OSORIO CUERVO

Si desea validar la veracidad de este certificado, escanee el código QR o ingrese a **www.quironvirtual.edu.co** en el botón "Validar Certificados".

rgerencia@quironcolombia.com · Cel: 322 721 1337 · www.quironcolombia.com · Calle 45 No. 14 - 29, Barranquilla, Colombia.

Quirón®
CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

CERTIFICA

LA PARTICIPACIÓN DE

Danna Paola Piedrahita Ordóñez

CC: 1033718921

En el Curso de: ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUES CON AGENTES QUIMICOS
Para: Auxiliar en Enfermería

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos, legales y reglamentarios establecidos para el Curso Teórico - Práctico, impartido por **Quirón Centro de Formación en Salud S.A.S., identificado con NIT 901237169-2,** matrícula mercantil N°. 722.315, **con Licencia de Funcionamiento N°. 04757 de 2023,** otorgada por la Secretaría de Educación, como institución para la Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (ETDH). **En cumplimiento del Decreto 1075 de 2015 (Art. 2.6.6.8) del Ministerio de Educación Nacional – Educación Continua, y la normatividad vigente: Resolución 0156 de 2021, Resolución 1732 del 2026, Decreto 376 de 2022 y Decreto 1444 de 2025.**

El curso fue realizado el **15** de **septiembre** de **2026** con una intensidad horaria de **80 Horas.** El presente certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de su expedición.

VIGILADO MINEDUCACIÓN

Representante Legal	Directora Administrativa	Coordinadora Académica
VICTOR HUGO ESTRADA PEDROZO	**JOHANNA PAOLA TAPIA MARTINEZ**	**SANDRA LORENA OSORIO CUERVO**

Si desea validar la veracidad de este certificado, escanee el código QR o ingrese a **www.quironvirtual.edu.co** en el botón "Validar Certificados".

rgerencia@quironcolombia.com · Cel: 322 721 1337 · www.quironcolombia.com · Calle 45 No. 14 - 29, Barranquilla, Colombia.

nueva eps

CERTIFICA

El(La) Señor(a) DANNA PAOLA PIEDRAHITA ORDOÑEZ identificado(a) con CC 1033718921 se encuentra afiliado a la EPS en condición de COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**12/09/2026**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**BIENESTAR IPS SEDE EL ENSUEÑO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 16 días del mes de septiembre del año 2026.

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1033718921,** *no está registrado/a* en el Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 14 de septiembre de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

DIGSA	PROCESO	Talento Humano PROTH – Área Seguridad y Salud en el Trabajo ARSST.
	Formato	requisitos de vacunación personal con actividades netamente asistenciales DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROTH-DIGSA-FU.95.1-116
	Vigente	Agosto de 2023

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Antes de diligenciar e imprimir este documento por favor lea con atención las siguientes instrucciones:
1. Lea con atención el comentario que se encuentra de color azul en cada casilla para su adecuado diligenciamiento.
2. Diligencie este formato de forma digital o manual con color negro
3. No cambie el tipo el tipo de letra (Arial, tamaño 10)
4. No cambie el orden del documento, no adicione, ajuste o elimine campos
5. Si tiene dudas por favor comuníquese con el responsable del SG-SST en su Dirección de Sanidad.
6. Elimine del documento las instrucciones de color azul antes de imprimir. Imprima sólo si es necesario

I. DATOS PERSONALES

Diligencie Apellidos, Nombres, Número de Documento, Edad, Profesión u ocupación, Número de contacto, correo electrónico y marque con una (X) en Mujer u Hombre de acuerdo al genero del aspirante.

Apellidos: PIEDRAHITA ORDOÑEZ			Nombres: DANNA PAOLA		
N° de Documento: 1.033.718.921			Edad: 18 AÑOS		
Genero:	Mujer	X	Hombre		
Profesión u ocupación: AUXILIAR DE LABORATORIO			Número de contacto: 3112439415		
Correo electrónico: piedrahitad00@gmail.com					

II. DATOS LABORALES

Marque con un (X), en la casilla correspondiente, el centro de trabajo en donde el personal esta realizando el proceso de verificación del esquema de vacunación.

DIGSA		DISAN EJC		DISAN ARC	X	JEFSA FAC	

Establecimiento de Sanidad Militar: DISPENSARIO MEDICO NIVEL II BOGOTA

Cargo al que aspira: AUXILIAR DE LABORATORIO OMBOG

III. TIPO DE VINCULACIÓN

Marque con una (x), en la casilla correspondiente el tipo de vinculación que va a tener el aspirante con la institución.

Nombramiento en Planta DIGSA		Servicio Social Obligatorio (SSO)		Prestación de Servicio (OPS)	X

IV. DATOS CARNÉ DE VACUNACIÓN

Responda SI o NO las preguntas correspondientes al esquema de vacunación que presenta el aspirante.

PREGUNTA	SI	NO
¿Adjunta Carné de Vacunación?	X	
¿Validación contra el carné de vacunación?	X	

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación; y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA
Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguno de los dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

VACUNA	GÉNERO	OBSERVACIÓN	DOSIS	CUMPLE SI / NO	FECHA DE APLICACIÓN / PENDIENTE
Hepatitis A	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	16/09/2026
Hepatitis B	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	14/02/2025
			2da	SI	14/03/2025
			3ra	SI	11/08/2025
			1 Refuerzo cada 15 años al terminar esquema		
Toxoide Tetánico y Diftérico	Mujer	Este esquema de vacunación se requiere hasta los 49 años de edad.	1ra	SI	14/02/2025
			2da	SI	14/03/2025
			3ra	SI	10/09/2026
			4ta	SI	
			5ta	SI	
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema	SI	
	Hombre		1ra		
			2da		
			3ra		
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
Influenza Estacional	Hombre/Mujer	Si la contratación se realiza antes del mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año anterior. Si la contratación se realiza posterior al mes de mayo se debe solicitar la vacuna del año vigente La única justificación para la NO aplicación es la no disponibilidad en el país.	1ra	SI	10/09/2026
Fiebre amarilla	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar al personal que desarrolle actividades en zonas inferiores a 2.000 m sobre el nivel del mar. Solo se debe solicitar a menores de 60 años, sin antecedentes de enfermedades que afectan el sistema inmunológico.	1ra	SI	27/01/2009
Varicela	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años sin antecedente de vacunación o de haber tenido la enfermedad, y sin antecedentes de enfermedades que afecten el sistema inmunológico.	1ra	SI	11/08/2025
Triple Viral (TV) (sarampión, rubeola y parotiditis)	Hombre/Mujer	Solo se debe solicitar a menores de 60 años, para todo el país y sin antecedente de enfermedades que afecten el sistema inmunológico. No es válida la bivalente (sarampión y rubeola)	1ra	SI	18/02/2025
DPTA - Difteria - Tétano - Tosferina a celular	Hombre/Mujer	** si certifica esta vacuna, se puede homologar por una (1) sola dosis de Td - Toxoide Tetánico y Diftérico, pero no lo contrario.	1ra	SI	11/08/2025
			1 Refuerzo cada 10 años al terminar esquema		
Neumococo	Hombre/Mujer	Ninguna	1ra	SI	16/09/2026
		Se deberá solicitar al personal que fue vacunado con vacuna polisacárido	1 Refuerzo cada 5 años al terminar esquema		

V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTIVIDADES NETAMENTE ASISTENCIALES

Verifique con la copia del carné de vacunación si cumple con el esquema establecido, marcando con una X si cumple o no con cada dosis y diligencie la fecha de aplicación, y "No Aplica" según lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.
Verifique si el esquema de vacunación presentado por el aspirante se encuentra en el Aplicativo PAI 2.0 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y en el PAI Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, si el esquema de vacunación no se encuentra en ninguna de las dos aplicativos, describa la observación en el espacio establecido para esto.

NOTA: Es importante informar al aspirante que si dentro de su esquema no cuenta con dos o tres vacunas de este grupo: Fiebre Amarilla, Varicela y/o Triple Viral, estas deben ser administradas simultáneamente, lo anterior teniendo en cuenta que si no se sigue esta recomendación se interfiere en su respuesta inmunitaria.

OBSERVACIONES:

VI. FIRMA DE COMPROMISO

Marque con una (X) SI el aspirante tuvo y NO que firmar el Formato de compromiso requisitos de vacunación DIGSA, cumpliendo con lo establecido en el Procedimiento requisitos de vacunación de acuerdo a labor personal DIGSA.

SI		NO	X

VII. APROBACIÓN

Marque con una (X) SI aprueba o NO el esquema de vacunación presentado por el aspirante.

SI	X	NO	

NOTA: Partiendo del principio de la buena fe, lo certificado en el carné de vacunas presentado por el aspirante, se asume como un hecho cierto y veraz; la rendición de información no comprobable mediante evidencia, se configura como falsedad en documento público, hecho que puede ser objeto de sanciones disciplinarias.

Firma Jefe de Vacunación del centro de trabajo

Camila Gomez 06/08/2026

Firma Responsable del área de SST de la DIGSA/DISAN/JEFSA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Como aspirante a contrato o nombramiento certifico que he leído, entiendo y acepto los términos, condiciones y la información suministrada por la Dirección General de Sanidad Militar.

Danna Paola Piedrahita Ordoñez

Firma del aspirante

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: jueves, 24 de septiembre de 2026 10:15 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1033718921
Nombres y Apellidos	DANNA PAOLA PIEDRAHITA ORDOÑEZ
Fecha de nacimiento:	25/01/2008

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
BCG	Única				
COVID - 19	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Segundo refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
	Única				
	Adicional				
	Adicional 2				
	Adicional 2				
	Adicional 3				
	Adicional 3				
DPT	Única	11/08/2025	Adacell	3CA49C6	IPS MUNDO SALUD MEDICAL GROUP LTDA

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: jueves, 24 de septiembre de 2026 10:15 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1033718921
Nombres y Apellidos	DANNA PAOLA PIEDRAHITA ORDOÑEZ
Fecha de nacimiento:	25/01/2008

DPT Acelular	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis	16/09/2026	Havrix 1440	AHAVC187BC	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	11/08/2025	ELOVAC-B	24GHBV017	IPS MUNDO SALUD MEDICAL GROUP LTDA
Hepatitis B segundo esquema	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
Influenza	Única	10/09/2026	Butantan 0.5 ml	2600762/00	VIRREY SOLIS IPS S.A- ENSUEÑO
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis	16/09/2026	pneumovax 23	A003546	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo Conjugado	Primera dosis				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: jueves, 24 de septiembre de 2026 10:15 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1033718921
Nombres y Apellidos	DANNA PAOLA PIEDRAHITA ORDOÑEZ
Fecha de nacimiento:	25/01/2008

Neumococo Conjugado	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis				
	Adicional				
Td	Tercera dosis	10/09/2026	Serum	2335L013D	VIRREY SOLIS IPS S.A- ENSUEÑO
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Primer refuerzo				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis	18/02/2025	Priorix	A69CF825A	
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis	11/08/2025	VARIVAX	Y017974	IPS MUNDO SALUD MEDICAL GROUP LTDA
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Nona Valente	Única				
	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Institución vacunadora: 110018241481

Fecha de generación del carné: jueves, 24 de septiembre de 2026 10:15 a.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía
Número de identificación:	1033718921
Nombres y Apellidos	DANNA PAOLA PIEDRAHITA ORDOÑEZ
Fecha de nacimiento:	25/01/2008

VPH Nona Valente	Única				
VPH Tetravalente	Segunda dosis	09/10/2020	Gardasil - MSD	S039057	BIENESTAR IPS SEDE EL ENSUEÑO

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA	1			
MENINGO COCO				
DPT ACELULAR	1	11 AGO 2025	ADACEL 3CA49C6 30/08/2027	IPS MUNDO SALUD
HERPES ZOSTER				
ANTIRRÁBICA	1			
	2			
	R			
OTRAS				

Visita nuestro sitio Web
www.vacunacionmundosalud.com
www.ipsmundosalud.com

Horario de Atención
lunes a viernes de 7:00 am a 5:30 pm
Sábados de 7:00 am a 3:00 pm

+57-601-6967246 PQRS y/o F +57-601-6949372
+57-3042195009 +57-3203467063
IPS Mundo Salud Medical Group Calle 27 sur No. 19-02 B. Olaya

IPS Mundo Salud Medical Group Ltda.

Institución especializada en Inmunobiológicos
Vacunación a nivel Nacional

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN
IPS Mundo Salud Medical Group Ltda.
VACUNACIÓN AL DÍA, PROTECCIÓN Y VIDA
NIT. 900.160.179-1
Cod. del Prestador 1100117560
AUTORIZADO POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

B 7737

NOMBRE: Danna Paola Piedrahita Ordóñez
IDENTIFICACIÓN: 1033718921 SEXO: F
FECHA DE NACIMIENTO: 25-01-08 TEL: 3112439415

VIGILADO Supersalud

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLEVIRAL	1	18 FEB 2025	PRIORIX L A69CF825A 30/08/2026	IPS MUNDO SALUD
	2			
HEPATITIS B	1	14 FEB 2025	DELTA SAS 220501623D	IPS MUNDO SALUD
	2	14 MAR 2025	DELTA SAS 220501623D nov-26	IPS MUNDO SALUD
	3	11 AGO 2025	ELOVAC B 24GHBV017 sep-27	IPS MUNDO SALUD
	R			
HEPATITIS A	1	16 SEP. 2026	AHAVC 18 B	IPS VACUNAS [illegible]
	2	16 MARZO 2027		
VARICELA	1	11 AGO 2025	VARIVAX Y017974 30/09/2026	IPS MUNDO SALUD
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1	11 AGO 2025	INFLUVAC TETRA K11A 31/12/2025	IPS MUNDO SALUD
	2	10 SEP 2026	2600762	2350ENO
	3			
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	1	14 FEB 2025	ANTITETANICA 220800224A 28/02/2027	IPS MUNDO SALUD
	2	14 MAR 2025	ANTITETANICA 220800824B 31/07/2027	IPS MUNDO SALUD
	3	10 SEP 2026	2335104	2350ENO
	4			
	5			
NEUMO COCO 23	1	16 SEP. 2026	A003546	IPS VACUNAS [illegible]
FIEBRE AMARILLA	1	27-01-2009	APLICATIVO PAI	

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna

Certificado de vacunación

Nombres: Danna Paola

Apellidos: piedrahita ordoñez

Documento de identidad: C.C. T.I. X Pasaporte PEP otro cuál

No. 1033718 C21.

Fecha de nacimiento: Día 25 Mes 01 Año 2006

Biologico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	27 09 2021	Pfizer	778 Eu 9 1-2022	Sub red Sur.	Yuly Gex C.C. 1.032.373.363 Aux. Enfermeria	
	2	7/12/21	Pfizer	F23196	Sinergia	Beyanid Peña Caicedo C.C. 40.777.296	

Carné Digital de Vacunación Colombia

Salud

Esquema de Vacunación

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

Nombres y apellidos / Full name	Tipo de identificación / ID Type
DANNA PAOLA PIEDRAHITA ORDOÑEZ	CÉDULA DE CIUDADANÍA
Número de identificación / ID Number	**Fecha de nacimiento / Date of birth**	**País nacimiento / Country of birth**
1033718921	25/01/2008	COLOMBIA
Número de contacto (móvil) / Phone number	**Correo electrónico / e-mail**
3192163441	piedrahitad00@gmail.com

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Día / Day	Mes / Month	Año / Year				
COVID PFIZER	Primera	27	09	2021	PFIZER	FF8849	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD EL TUNAL	YULY STEFANIA GEX NA
COVID PFIZER	Segunda	17	12	2021	PFIZER	FL3196	SINERGIA SALUD ATENCION BASICA FLORENCIA	BEYANID PEÑA CAICEDO
Triple viral	Primera dosis	18	02	2025	Priorix	A69CF825A	IPS MUNDO SALUD MEDICAL GROUP LTDA	LAURA BIBIANA PINTO RIOS
Fiebre Amarilla Particular	Única	06	10	2026		Y3A431V	IPS MEDISALUD S.A.S	KAREN LORENA OTALVARO

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

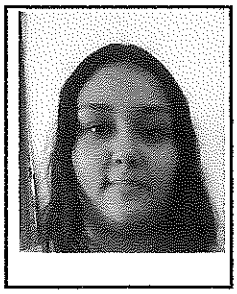
The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

DR. PEDRO A. OJEDA CAMARGO

MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA No. 6895 S. S. B
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

NIT: 19216507-1

CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL



INGRESO	X	PERIODICO		RETIRO	

NOMBRE	DANNA PAOLA PIEDRAHITA ORDOÑEZ			FECHA	10 SEPTIEMBRE 2026				
DOCUMENTO	1033718921	DE: BOGOTA DC		C.C	X	T. I		C.E	
CARGO	AUXILIAR DE LABORATORIO		TELÉFONO: 31124394 15				EDAD	18	
EMPRESA	INDEPENDIENTE		NIT					6	

Exámenes para clínicos practicados					
Evaluación médico ocupacional	Si ✓	No	EXÁMENES DE LABORATORIO		
Optometria	Si ✓	No	Glicemia		Otros: OSTEOMUSCULAR NORMAL
Audiometría	Si	No	Colesterol		Cuales
Espirometría	Si	No	Triglicéridos		
Prueba de equilibrio	Estable ✓	Inestable	RADIOGRAFÍAS		

El suscrito medico hace constar que el citado usuario se presentó a valoración médica, se emite el siguiente concepto

REQUISITOS DE SALUD					CONCEPTO DE APTITUD	
	Si	No	Aplazado	No aplica	Sin limitaciones o restricciones para el cargo	✓
Cumple con los requisitos de salud para trabajo en alturas					Con limitaciones o restricciones para el cargo	
Cumple con los requisitos de salud para trabajo en espacios confinados					Aplazado:	
Otro:					Examen de retiro:	

CONCEPTO	Apto Para Laborar	Si ✓	No	Apto Para Trabajar En Alturas	Si	No

RECOMENDACIONES: USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HACER PAUSAS ACTIVAS, LLEVAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE, DIETA Y EJERCICIO

El suscrito trabajador declara que los datos suministrados son verdaderos; los resultados fueron consignados en la historia clínica ocupacional, archivada en nuestra institución.

DR. PEDRO A. OJEDA CAMARGO
ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
LSO 6895 SSB

Danna Pada

TRABAJADOR EXAMINADO
C.C. 1033718921

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION SOBRE MIS ENFERMEDADES Y MI ESTADO DE SALUD

Camila Gomez
06/10/2026.

Historia de optometría

Consultorio NEIRA
Dr. Jaime Alberto Neira V.
Optómetra - U de la SALLE

Dr. Dr. Jaime Alberto Neira V.
Teléfono: 9081859 Celular: 3103447976
CRA 21 No.26A-54 SUR

Historia Nº 6.292

jueves, 10 de septiembre de 2026 1:10:39p.m.

Paciente DANNA PAOLA PIEDRAHITA ORDOÑEZ
Documento 1033718921 Cel 3112439415 Tel
Dirección TUNJUELITO
Edad 18 años, 7 meses, 16 días Ocupación EMPLEADA
Afiliación PARTICULAR NUEVA EPS
Control visual anterior

Acompañante
Vínculo
Teléfono

Responsable
Dirección
Vínculo
Dirección
Teléfono

Motivo consulta: CONTROL VISUAL AO...CERTIFICADO VISUAL

Antecedentes personales: NO REFIERE

Antecedentes familiares: NO REFIERE

Antecedentes laborales

Lensometría

	Add	AV Lejos SC	AV Lejos CC	AV Lejos PH	AV Cerca SC	AV Cerca CC	AV Cerca PH
OD		20/ 20	20/		0.5M		
OI		20/ 20	20/		0.5M		

Observación

Exámen externo: AO: Normal

Oftalmoscopía: AO: Normal

Queratometría

	Horizontal	Vertical	Eje	Dif
OD	44,25	45,00	175	-0,75
OI	44,00	45,25	7	-1,25

Miras

Exámen motor
KrimskyNo Cover TNo
VL Ortho
40cm X
20cm X
PPC

Presión intraocular
OD mmHG OI mmHG

Refracción

	Esfera	Cilindro	Eje	Adición
OD	+0,00	-0,25	0	
OI	+0,25	-0,25	0	

Estática No Dinámica No
Reflejos

Subjetivo

	Esfera	Cilindro	Eje	Adición	DP	AVL	AVC
OD	+0,00				59	20/20	0.5M
OI	+0,00				61	20/20	0.5M

Test's
Estereópsis: AO: Normal
Visión Cromática: AO: Normal

Disposición

Diagnóstico: AO Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

Recomendación

Firma profesional
Dr. Jaime Alberto Neira V.
Optómetra - U. De La Salle
C.C. 79.529.169
Reg. 0380 C.T.N.P.O.

OD: Ojo derecho SC: Sin corrección AV: Agudeza visual AVC: Agudeza visual cercana Evento adverso: No
OI: Ojo izquierdo CC: Con corrección AVL: Agudeza visual lejana Violencia sexual: No

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141278610591

(415)7707212489984(8020) 000014127861059 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	13. Buzón electrónico
		3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1033718921	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PIEDRAHITA	ORDOÑEZ	DANNA	PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 51 Sur # 19 A - 09

42. Correo electrónico: dannasavarasenai@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 6 1 1	3 1 1 2 4 3 9 4 1 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

54. Código

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

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

985. Cargo

Documento electrónico

Fecha generación documento PDF: 16-09-2026 10:59:04AM

Banco Caja Social

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

DANNA P PIEDRAHITA O Identificado con CC 1033718921

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina CIUDAD TUNAL, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24158122728
Fecha de apertura:	4 de Septiembre de 2026
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a QUIEN INTERESE, realizada en la Oficina 0271 CIUDAD TUNAL de la ciudad de BOGOTA, el día Viernes, 04 de Septiembre de 2026.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

|COMPROMISO ANTISOBORNO

El **Ministerio de Defensa Nacional–Dirección General de Sanidad Militar–Dirección de Sanidad Armada Nacional- Dispensario médico Bogotá,** ha declarado el compromiso institucional de cero tolerancias con el soborno y la corrupción, adoptando prácticas e impulsando campañas y mecanismos que permitan prevenir y detectar potenciales situaciones de soborno o conductas irregulares en el accionar de los contratistas de la entidad, mediante el desarrollo de actividades, planes y programas en el marco de los valores y la integridad aplicadas en el Código de Integridad de la entidad.

Por lo anterior, se suscribe el siguiente compromiso antisoborno:

Yo, Dayra Paola Piedrahita O. mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No 1033718971, expedida en **BOGOTA** en mi calidad de **OFERENTE Y/O PROVEEDOR**, contrato **AUXILIAR DE LABORATORIO** Representante legal Dayra Piedrahita Empresa **PRESTACION DE SERVICIOS** NIT: 1033718971 Contrato MDN- **AUXILIAR DE LABORATORIO.** De manera voluntaria y libre de coacción, coerción, amenaza, dádiva y/o promesa remuneratoria, directa o indirecta, mediante la suscripción de este documento a título de aporte unilateral a favor del **Ministerio de Defensa Nacional–Dirección General de Sanidad Militar – Dirección de Sanidad Armada Nacional- Dispensario médico Bogotá**, en cumplimiento del compromiso de lucha contra la corrupción, declaro que asumo los siguientes compromisos:

1) Manifiesto públicamente que conozco el alcance y el contenido de la Política, objetivo y alcance del Sistema de Gestión de Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional, y como consecuencia de ello me comprometo a tomar una actitud de cero tolerancias ante el soborno y la corrupción.

2) Rechazar, NO aceptar y/o solicitar, NO ofrecer, NO prometer y NO entregar para sí o para otro, dadivas, regalos, bonificaciones, comisiones y/o promesa remuneratoria, directa o indirectamente; tanto en el Ministerio como fuera de él, a cambio de obtener beneficios ilegales en la ejecución de las obligaciones contractuales.

3) Rechazar y NO aceptar ningún tipo de fiestas, recepciones, homenajes, o cualquier tipo de atención social de servidores del Ministerio de Defensa Nacional, interventores, consultores o contratistas de la entidad o de personas con interés en los diferentes momentos del contrato que me fue adjudicado.

4) Prevenir el soborno por, o en nombre de, o en beneficio de quien suscribe en relación con la operación correspondiente, proyecto, actividad o relación.

5) Fomentar y aplicar mecanismos, instrumentos y/o controles al interior de la empresa que represento y/o en nombre propio para la prevención de prácticas de conductas asociadas al soborno, el fraude o la corrupción.

6) Fomentar el reporte de las conductas o hechos que puedan llegar a configurar prácticas de soborno, corrupción o fraude con fundamento en la buena fe o en una sospecha razonable.

7) Promover acciones encaminadas a la formación e inducción de mis empleados y socios de negocios en la aplicación de la Sistema de gestión de Antisoborno basados en los requerimientos de la Norma ISO 37001 y la normativa aprobada por el Ministerio de Defensa Nacional que tienen la finalidad de combatir el soborno y la corrupción en las relaciones inherentes a mi cargo, entre ellos el Código de Ética e Integridad.

8) Garantizar la confidencialidad de los datos de quien reporte hechos de corrupción soborno o fraude en la entidad.

9) Proteger la identidad de los informantes y de las personas que participan en la denuncia.

10) Proteger a mis empleados, socios de negocio y partes interesadas, ante cualquier represalia, como consecuencia de denuncias por prácticas que puedan constituir soborno.

11) Aceptar que la violación de Política del Sistema de Gestión Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional dará lugar al inicio de investigaciones por parte de la Oficina de Control Interno Disciplinario del Ministerio de Defensa Nacional o al traslado de las denuncias correspondientes a las demás autoridades competentes, con la finalidad de establecer la responsabilidad administrativa, fiscal, disciplinaria, civil a que haya lugar, así mismo se da a conocer los canales dispuestos por el MDN.

- Correo electrónico: lineadelhonor@mindefensa.gov.co - antisoborno@mindefensa.gov.co
- Línea telefónica: Línea del honor -antisoborno PBX: 3150111 ext. 40135
- Buzones físicos en punto de atención presencial.
- APP: Mindefensa.
- Sede electrónica: ttps://wasedeelectronicapro.azurewebsites.net/mindefensa.html?#/home

12) Que, conociendo los mecanismos dispuestos de denuncia planteados en la política de Antisoborno del Ministerio de Defensa, recibir y dar traslado oportuno de las denuncias.

13) Respetar los valores representados en el Código de Integridad del Ministerio.

14) Colaborar de buena fe en cualquier investigación llevada a cabo por el Ministerio de Defensa Nacional y sus representantes, en caso de que se produzca algún incumplimiento de estos compromisos.

15) Aceptar que el MDN puede poner fin a la relación contractual en caso comprobado de soborno por parte de, o en nombre de, o en beneficio de quien suscribe, en relación con la transacción correspondiente, proyecto, actividad o relación. Hago constar que soy consciente de la responsabilidad que implica la suscripción de este acuerdo.

Dado en la ciudad de Bogotá D.C., a los (16) días del mes de SEPTIEMBRE del año 2026 con la firma de este documento, doy prueba de que conozco y me comprometo para aplicar la Política Antisoborno del Ministerio de Defensa Nacional.

DANNA PAOLA PIEDRAHITA ORDOÑEZ

FIRMA Danna Poda P

C.C. 1.033.718.921

	ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN SANIDAD NAVAL	
	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN	
	Versión: 1.0	**Fecha: 20/02/2015**

El(los) suscrito(s) a saber Dama Paola Piedrahita Ordoñez, domiciliado en _____, identificado(s) con CC. 1033718921 de Bogota D.C respectivamente, quien(es) obra en calidad de PERSONA NATURAL X o JURIDICA ____ (marque con X) , que en adelante se denominará EL PROPONENTE, manifiesta(n) su voluntad de asumir, de manera unilateral, el presente COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

PRIMERO: Que EL MINISTERIO DE DEFENSA-DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR – DIRECCION DE SANIDAD NAVAL, adelanta un proceso de contratación para (escriba el objeto) _____ _____ _____, en forma independiente y con total autonomía técnica, administrativa y financiera, con sus propios medios, todo ello de acuerdo con las obligaciones contenidas en el estudio previo y en la solicitud de oferta.

SEGUNDO: Que es interés de EL PROPONENTE apoyar la acción del Estado colombiano, y del MINISTERIO DE DEFENSA para fortalecer la transparencia en los procesos de contratación, y la responsabilidad de rendir cuentas;

TERCERO: Que siendo del interés de EL PROPONENTE participar en el proceso de contratación directa aludido en el considerando primero precedente, se encuentra dispuesto a suministrar la información propia que resulte necesaria para aportar transparencia al proceso, y en tal sentido suscribe el presente compromiso unilateral anticorrupción, que se regirá por las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA. COMPROMISOS ASUMIDOS.

EL PROPONENTE, mediante suscripción del presente documento, asume los siguientes compromisos:

1.1. EL PROPONENTE no ofrecerá ni dará sobornos ni ninguna otra forma de halago a ningún funcionario público en relación con su propuesta, con el proceso de contratación, ni con la ejecución del contrato que pueda celebrarse como resultado de su propuesta,

1.2. EL PROPONENTE se compromete a no permitir que nadie, bien sea empleado de la compañía o un agente comisionista independiente, o un asesor o consultor lo haga en su nombre;

1.3. EL PROPONENTE se compromete formalmente a impartir instrucciones a todos sus empleados, agentes y asesores, y a cualesquiera otros representantes suyos, exigiéndoles el cumplimiento en todo momento de las leyes de la República de Colombia, especialmente de aquellas que rigen el presente proceso de contratación directa y la relación contractual que podría derivarse de ella, y les impondrá las obligaciones de:

a) No ofrecer o pagar sobornos o cualquier halago a los funcionarios del MINISTERIO, ni a cualquier otro servidor público o privado que pueda influir en la adjudicación de la propuesta, bien sea directa o indirectamente, ni a terceras personas que, por su influencia sobre funcionarios públicos, puedan influir sobre la aceptación de la propuesta;

b) No ofrecer pagos o halagos a los funcionarios del MINISTERIO DE DEFENSA durante el desarrollo del contrato que se suscriba si llegase a ser aceptada su propuesta.

1.4. EL PROPONENTE se compromete formalmente a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o como efecto la colusión en el presente proceso de contratación directa.

1.5. EL PROPONENTE se compromete a que en caso que se le adjudique el contrato, no buscara financiación ni utilizará recursos estatales en negocios de captación o recaudo no autorizado de recursos del público en forma masiva.

CLAUSULA SEGUNDA. CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO

EL PROPONENTE asume a través de la suscripción del presente compromiso, las consecuencias previstas en EL REGLAMENTO del proceso de contratación, si se verificare el incumplimiento de los compromisos anticorrupción.

En constancia de lo anterior, y como manifestación de la aceptación de los compromisos unilaterales incorporados en el presente documento, se firma el mismo en la ciudad de Bogotá DC a los 16 días de septiembre del 2026

Dana. Pada B

C.C. 1033718981

	ARMADA NACIONAL DIRECCIÓN SANIDAD NAVAL	
	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD Y POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	
	Versión: 1.0	Fecha: 01/01/2013

YO Danna Paola Piedrahita identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1033718921, mediante el presente anexo declaro que según la información entregada por la **ARMADA NACIONAL /DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)** me comprometo como Contratista a Conocer, entender y cumplir con las políticas de seguridad y normatividad que trate la materia, así mismo tengo claro que toda información institucional que sea manipulada, transformada, generada o creada, en las instalaciones de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN)** o la que se maneje fuera de ella, son de propiedad exclusiva de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN),** por lo tanto es de mi total saber y entender que no podré utilizar, ni siquiera después de finalizar mi actividad contractual dicha información. Solo será utilizada la documentación, única y exclusivamente para los fines para los que fue entregada; además me comprometo a conservarla con la debida seguridad e impedir su deterioro, pérdida, alteración, uso no autorizado o fraudulento y cumplir con las instrucciones que imparta la DISAN.

Como parte receptora de dicha información me comprometo a:

a) Adoptar las medidas de seguridad que sean necesarias para garantizar la confidencialidad de la información y evitar su adulteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado.
b) Respetar los derechos de propiedad y la reserva de toda la información y datos confidenciales que sean propiedad de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN).**
c) No divulgar a otras personas la información a la que tenga acceso, estructuras de la red, direcciones y demás datos sensibles que puedan ser utilizados para acceder a la información o a la red de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN).**

Por último es claro para mí, que si incumplo el compromiso de confidencialidad de la información y las políticas de seguridad establecidas en este documento, será declarado el incumplimiento del contrato de prestación de servicios y por ende se dará la terminación del mismo por parte de la **ARMADA NACIONAL / DIRECCION DE SANIDAD NAVAL (DISAN);** adicionalmente se hará posible la aplicación de las sanciones civiles, penales y todas aquellas que legalmente correspondan especialmente las señaladas en la Ley Estatutaria 1266 del 31 de Diciembre de 2008 y demás normas que rijan la materia.

Atentamente,

Danna Paola

DANNA PAOLA PIEDRAHITA ORDEOÑEZ
C.C. 1.033.718.921

CONTRATISTA

FORMULARIO No.7

FORMATO DATOS BÁSICOS BENEFICIARIO DE CUENTA SIIF II E INFORMACIÓN TRIBUTARIA

FORMATO ANEXO No. E - BENEFICIARIO CUENTA

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL República de Colombia Libertad y Orden	FORMATO Anexo No. 1 Datos Básicos Creación Beneficiario Cuenta SIIF Nación	Página 1 de 1 Código : 47 - PFMDNSGDF - F022 - 01 Vigente a partir de: 08 JUL 2014

CIUDAD Bogota DC FECHA 16 Septiembre 2026

Me permito certificar la siguiente información con el fin de ser incluida en el Sistema Integrado de Información Financiera - SIIF-Nación.

I. DOCUMENTOS A ADJUNTAR

PERSONA JURIDICA NACIONAL O EXTRANJERA

- Fotocopia Cédula de Ciudadanía
- Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio
- Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)

CONSORCIO O UNION TEMPORAL

Aplica para los participantes y representantes legales del Consorcio o Unión Temporal.

- Fotocopia Cédula de Ciudadanía
- Fotocopia del Certificado de Cámara de Comercio
- Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT)
- Documento de constitución del Consorcio o Unión Temporal

PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA

- Fotocopia Cédula de Ciudadanía
- Fotocopia Registro Unico Tributario (RUT) (si es contratista).
- Fotocopia de la cédula de extranjería, licencia u otro documento que aporte el extranjero.

Nota: La fotocopia de la cédula de ciudadanía no puede ser reemplazada por otro documento.

Los terceros naturales nacionales o extranjeros; jurídicos nacionales o extranjeros o consorcios y uniones temporales, deben solicitar a la entidad financiera que la certificación bancaria sea con el número de identificación que aparece registrado en el RUT. Así mismo, que el original de la certificación bancaria indique que la cuenta está activa, vigente y que su expedición no sea mayor a 30 días.

II. INFORMACION BASICA — Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno Número:

DATOS PERSONA NATURAL NACIONAL O EXTRANJERA

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Donna Paola Piedrahita Cidoncz

Tipo documento de identificación:			
Cédula de Ciudadanía:	X	No. 1033718921	
Cédula de Extranjería:		No.	
Nit Persona Jurídica:		No.	
Nit Persona Natural:		No.	
Pasaporte:		No.	
Registro Civil:		No.	
Tarjeta de Identidad:		No.	
Otro Tipo Documento:		No.	Cuál:

III. INFORMACION PARTICIPANTES

CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

OBJETO UNION DE LOS PARTICIPANTES-CONSORCIOS Y/O UNIONES TEMPORALES

PORCENTAJE DE PARTICIPACION:

NUMERO DE IDENTIFICACION DE LOS PARTICIPANTES:

IV. DATOS INFORMACION GENERAL

TIPO DE ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL

Sociedad Anónima		Cooperativa		Empresa Ind. Y Cial del Estado	
Sociedad Colectiva		Empresa Unipersonal		Asociaciones Mutualistas	
Sociedad Comandita por Acciones		Empresa Comunitaria		Fondos de Empleados	
Sociedad Comandita Simple		Empresa de Servicio		Instituto de Economía Solidaria	
Sociedad de Economía Mixta		Entidad Pública		Precooperativa	
Sociedad de Hecho		Empresa Solidaria de Salud			
Sociedad Limitada		Entidad sin Animo de Lucro			
Sociedad Sucursal Extranjera		Federación o Confederación			
Sociedad Simplificada por Acciones (SAS)		Cooperativa de trabajo asociado			

TIPO DE CAPITAL	PRIVADO		ENTIDAD EN PROCESO LIQUIDATORIO	SI
	PUBLICO			NO
	MIXTO			

PORCENTAJE DE CAPITAL MIXTO	PUBLICO		%
	PRIVADO		%
	TOTAL		%

V. INFORMACION TRIBUTARIA

TIPO RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

ICA		IMPUESTO TIMBRE	
RENTA		RETENCION EN LA FUENTE ICA	
RETENCION EN LA FUENTE RENTA		GRAN CONTRIBUYENTE	
IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS IVA		RETENCION EN LA FUENTE IVA	
REGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL			
INFORMACION EXOGENA		NO CONTRIBUYENTE	
REGIMEN COMUN		PROFESIONAL INDEPENDIENTE	
REGIMEN ORDINARIO		NO RESPONSABLE	
ENTIDAD DEL ESTADO		RESPONSABLE	
AUTORRETENEDOR	SI		NO

VI. UBICACIÓN

TIPO DE DIRECCION		DOMICILIO CIVIL	
DIRECCION PROCESAL		DOMICILIO FISCAL	
DOMICILIO CONTRACTUAL		RESIDENCIA	X
Dirección	Calle 51 sur # 19 a 09	Teléfono	3112439415
E-mail	piedrahitad006@gmail.com	Fax	
País	Colombia	Región	
Ciudad	Bogota D.C		
Localización	Nacional	Extranjera	
Página Web		Contacto	
Designación del contacto		E-mail del contacto	
Apartado Aéreo			

VII. REPRESENTANTE LEGAL

TIPO DE REPRESENTANTE LEGAL

Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno **Número:**

Revisor Fiscal		Tutores y Curadores por los incapaces	
Albaceas		Mandatarios o Apoderados Generales	
Representante legal de Personas Jurídicas		Padres por su hijos menores	
Donatorios o Asignatarios		Nombre Representante Legal:	
Otros		Tipo doc. Identificación	
		No. Doc. Identificación	

VIII. DATOS DE LA ENTIDAD FINANCIERA

Espacio para ser diligenciado por la U.E, Código Interno **Número:**

Entidad Financiera	Banco Caja Social	Número de Cuenta	24158122728
Tipo de la cuenta bancaria	Corriente	Ahorro	X

Dama Paola B

NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO (PROVEEDOR)

NOTA 1: El único formato válido para la creación de terceros en el sistema SIIF-Nación es el presente.

NOTA 2: La información aquí consignada no debe tener borrones, tachones o enmendaduras. El incumplimiento de los requisitos antes exigidos será causal de rechazo.

NOTA 3: Certifico que la información aquí consignada es légitima y me responsabilizo de la misma para efectos legales.