

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 2.0

Última Actualización: 12-ene-2021

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO VILLAMIL	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ALARCON	NOMBRES DIVANETH
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1015996903	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 7 MES JUL AÑO 1986 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Cra 113 # 143a 29 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4961620 EMAIL divaneth14@hotmail.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 ACADEMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	2005

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).

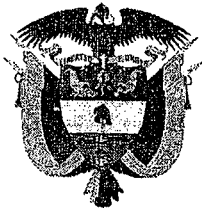
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI	NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
Universitaria	8	X		TERAPIA RESPIRATORIA		10	2015	1015996903

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE VITAL AVANZADO	ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE	2020	40
ATENCIÓN A PACIENTE VICTIMA DE VIOLENCIA	ACADEMIA DE CAPACITACIONES ANGELES DE	2020	40
SOPORTE VITAL BASICO	SENA	2019	20



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 2.0

Última Actualización: 12-ene-2021

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

3

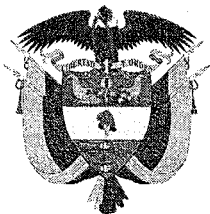
EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.subredsuoccidente.gov.co			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
4431790	DÍA 3 MES 2 AÑO 2020		DÍA MES AÑO		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN			
Terapeuta Respiratorio	Atención Domiciliaria	Calle 9 No. 39 - 46			

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	X		Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	lideratencionalusuario@subrednorte.gov.co			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
3498090	DÍA 1 MES 12 AÑO 2017		DÍA 15 MES 1 AÑO 2020		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN			
TERAPEUTA RESPIRATORIO	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	AV CRA 104 No. 152 C 50			

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.	www.subredcentrooriente.gov.co			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
0313649666	DÍA 12 MES 12 AÑO 2015		DÍA 28 MES 2 AÑO 2017		
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN			
Terapeuta Respiratorio	UCI Pediátrica	Carrera 14 B # 1-45 SUR			



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.



Última Actualización: 12-ene-2021

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
Privada	0	0
Pública	4	3
Total	4	3

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 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Dwaneeth Villamil A.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



El futuro
es de todos

Colombia

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
Sur Occidente E.S.E.

sideap

Última Actualización: 26-nov-2020

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DIVANETH VILLAMIL ALARCON

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1015996903 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Cra 113 # 143a 29

Teléfonos 3154934810 4961620

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
HERNANDO VILLAMIL RODRIGUEZ	79105891	Padre
NIKOLAS PINZON VILLAMIL	1031657116	Hijo(a)
DANNY STEVEN PINZON VILLAMIL	1001096244	Hijo(a)
ANA LEONOR ALARCON CASTIBLANCO	35314525	Madre

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

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 33.448.752,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 33.448.752,00

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
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	477700025349	BOGOTA	\$ 5.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Vehículo	EIS 684	\$ 30.000.000,00

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 PRIVADA

Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.



Última Actualización: 26-nov-2020

BANCO DAVIVIENDA	CREDITO VEHICULO	\$ 10.000.000,00
BANCO DAVIVIENDA	TARJETA DE CREDITO	\$ 9.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Duaneth Villamil A

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 26-nov-2020

CIUDAD Y FECHA

Señores

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

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

De conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 190 de 1995 en caso de que sobrevenga al acto de nombramiento o posesión alguna inhabilidad o incompatibilidad, lo advertiré inmediatamente a la entidad.

Para todos los efectos legales, certifico que los datos registrados en mi hoja de vida, así como los documentos anexos aportados son veraces.

Para constancia se firma en Bogotá a los 18 de enero de 2021

Cordialmente,

Divaneth Villamil A.
C.C. 105996903 Btd

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. reconozco la importancia de asumir un compromiso con el logro de los objetivos estratégicos institucionales y por ello me comprometo a:

- ✓ Apropiar y promover los valores y principios de la Entidad, de la función administrativa y del Estado, así como instituir las normas éticas que deben inspirar el proceder y las acciones de todos colaboradores de la Institución.
- ✓ Promover en mi grupo de trabajo y con todos los grupos de interés de la entidad, una cultura socialmente responsable orientada al respeto por los derechos humanos, prácticas laborales justas, con enfoque de precaución frente a los impactos ambientales y a la lucha contra la corrupción.
- ✓ Conocer el Manual Código de Integridad y Buen Gobierno AP-TH-MN-05 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, y por lo tanto, el compromiso de actuar en coherencia con su contenido y filosofía dado que se relaciona con las conductas que se deben practicar como colaborador de la Entidad.
- ✓ Actuar bajo los lineamientos del Código de Integridad y Buen Gobierno, a cooperar con mi equipo de trabajo y orientar nuestras actuaciones hacia la transparencia y defensa de lo público,

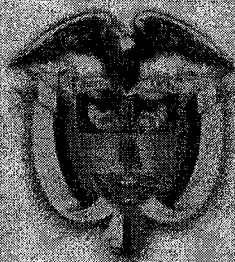
Adicionalmente me comprometo a:

Nombre: Divaneth Villamil A.

Documento: 1015996903

Cargo: Terapeuta Respiratorio

Fecha: 18 Enero 2020



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

Institución Educativa Distrital
Alvaro Gómez Hurtado

Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.,
Según Resolución No. 1911 del 9 de Julio de 2003

Confiere a:

Divaneth Villamil Alarcón

T.I. No. 860707-53032

El Título de:

Bachiller Académico

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



Antonio Samudio Sierra
Rector

Mariela Cruz Acosta
Secretaria

Anotado al Folio No. 231 del Libro para Control Interno de Diplomas No.001

Dado en Bogotá, D.C., a 3 de Diciembre de 2005

No requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994,
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República.



República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina
Paseo del Área Andina, 12000 Bogotá D.C.

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional
teniendo en cuenta que:

DIVANETH VILLAMIL ALARCÓN

C.C. No. 1.015.990.903 de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos
exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de:

TERAPEUTA RESPIRATORIO

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá D.C., 9 de octubre de 2016

Rectora

Decana

Decana

Folio 1

Folio 1 de 1

Folio 1 de 1

Folio 1 de 1



INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL ALVARO GOMEZ HURTADO

Carrera 100A No. 128 B - 02
Teléfonos 6845716 - 6845715
Bogotá D.C.

Inscripción DANE 11100193088

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la Ciudad de Bogotá D.C., a los tres (03) días del mes de Diciembre del año 2005, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL ALVARO GOMEZ HURTADO Institución aprobada hasta nueva determinación en el Nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO, según Resolución No. 1911 del 9 de Julio de 2003.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Académica, se procedió a otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación.

Divaneth Villamil Alarcón

C.C. No. 860707-53032

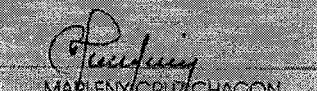
Es fiel copia tomada del Acta original General No.003 del tres (03) de Diciembre del año 2005.

Consta de 235 estudiantes, comienza con el nombre de ABRIL GARZON ARMANDO y se cierra con el nombre de ZORRO GUTIERREZ EDITH.

Firmada y Sellada por ANTONIO SARMIENTO SIERRA (Rector) y MARLENY CRUZ CHACON (Secretaria).

Dada en Bogotá D.C., a los tres (03) días del mes de Diciembre del año 2005.


ANTONIO SARMIENTO SIERRA
C.C. No. 19.294.372 de Bogotá
RECTOR


MARLENY CRUZ CHACON
C.C. No. 35.510.462 de Bogotá
SECRETARIA

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de La Presidencia de La Republica.

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

ACTA DE GRADO 754

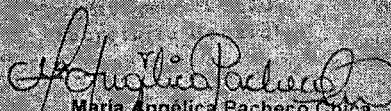
En Bogotá D.C., el 9 de octubre de 2015 a las 9:00 horas, convocados por Resolución Nacional 145 del 6 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz y la Secretaria General (E), doctora María Angélica Pacheco Chica, para presidir la ceremonia de grado de **DIVANETH VILLAMIL ALARCON** con cédula de ciudadanía Número 1016996903 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el plan de estudios del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedor a recibir el título de **TERAPEUTA RESPIRATORIO** el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior mediante Acuerdo 053 del 12 de mayo de 1993. Previa entrega del diploma se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación, ejerciendo la carrera, de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de registro de títulos Tomo 8, Folio 129, número 45281

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional

JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

MARIA ANGELICA PACHECO CHICA, Secretaria General (E)

Dada en Bogotá D.C., el 9 de octubre de 2015


Maria Angélica Pacheco Chica
Secretaria General (E)

018000180099

(57-1) 4491914 Ext. 2000 Bogotá D.C. (01) 4491914
(57-1) 4491914 Ext. 2000 Bogotá D.C. (01) 4491914
www.areandina.edu.co

**LA UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA
ESPECIALIZADA**

"SANTA CLARA"

Certifica que:

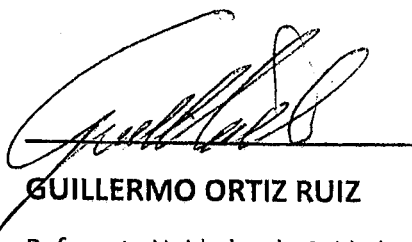
DIVANETH VILLAMIL ALARCON

C.C. No. 1015996903

Ha recibido Inducción, Capacitación y Entrenamiento Específico en la atención del Paciente en el Servicio de la Unidad de Cuidado Crítico.

Durante su permanencia en la Unidad ha alcanzado los objetivos y entrega que es requerida en el Servicio de la Unidad de Cuidado Crítico.

Para constancia se expide en Bogotá, D.C. a los 4 días del mes de Diciembre de 2020.



GUILLERMO ORTIZ RUIZ

Referente Unidades de Cuidado Intensivo

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E

Bogotá D.C. 18 Enero 2021

Señores:

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Dwaneth Villamil Alarcón 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:

TERAPEUTA RESPIRATORIO
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Dwaneth Villamil A.

No. de documento: 1015996903

Tarjeta profesional No: 1015996903

Dirección de contacto: Cra 113 # 143 A 29

Teléfono: 315 493 4810



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

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señora DIVANETH VILLAMIL ALARCON identificada con CC. N° 1.015.996.903, prestó sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

AS 4567 2015 del 23 al 31 de diciembre de 2015
AS 0691 2016 del 01 de enero de 2016 al 09 de enero de 2017
PS-0895-2017 del 10 de enero al 31 de julio de 2017

Con última orden de prestación de servicios PS-0895-2017, plazo de ejecución del 10 de enero al 31 de julio de 2017, con terminación bilateral a partir del 01 de marzo de 2017, y honorarios promedio mensuales (\$2.743.800).

OBJETO CONTRACTUAL:

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

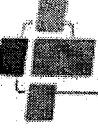
OBLIGACIONES ESPECIFICAS:

1. Atender con sentido ético y profesional a los pacientes que soliciten el servicio de terapia respiratoria. 2. Cumplir con las horas laboradas para las cuales fue contratado. 3. Realizar el manejo integral a los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidado crítico, intermedio y sala, ERA. 4. Cumplir a cabalidad con el manual de procesos y procedimientos de la institución. 5. Realizar el seguimiento diario de la evolución de los pacientes hospitalizados. 6. Mantener actualizadas las historias clínicas para una oportuna información para el equipo de trabajo y así lograr un mejor manejo del paciente. 7. Contestar las interconsultas que se hagan al servicio de una manera oportuna. 8. Velar por el uso racional de los elementos de terapia respiratoria. 9. Velar por el manejo adecuado de ventiladores cumpliendo con las normas de asepsia de acuerdo a los parámetros de la institución. 10. Velar por que todas las actividades que se realicen sean facturadas y cargadas a las respectivas cuentas de los pacientes. 11. Elaborar la estadística diaria de las actividades que se realizan y el consolidado mensual para ser entregado el primer día hábil del mes. 12. Asistir a las reuniones que fuere convocado por el coordinador de área o directivas de la institución. 13. Realizar entrega de turno personal y por escrito anotando y haciendo las observaciones sobre las novedades presentadas durante el desarrollo del turno que termina. 14. Cambiar los equipos de oxigenoterapia en las unidades de cuidado intensivo e intermedio cada 72 horas.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los 20 días del mes de septiembre de 2017.

Diagonal 34 No.5-43
Código Postal: 110311
Teléfono: 3444484 www.subredcentrooriente.gov.co
Info: Línea 3649566

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.</p>	<p>CERTIFICACIÓN</p>	<p>CÓDIGO: U110R-FO615 FECHA: 22/06/2016 VERSIÓN: SIETE (7)</p>
--	-----------------------------	---

CONSECUTIVO No. 8989

**EL SUSCRITO DIRECTOR DE CONTRATACION DE LA SUBRED
INTEGRADA**

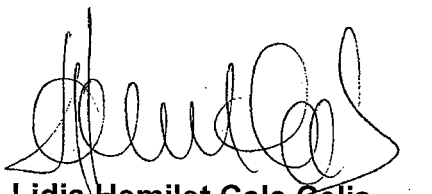
DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

CERTIFICA

Mediante Acuerdo N° 641 de abril 06 de 2016 se reorganizo el Sector Salud en el Distrito Capital, el cual consagra en su Artículo 5 la subrogación en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión, las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas; revisados los archivos de la Oficina de Contratación de la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E. se encontró que el (la) señor(a) **VILLAMIL ALARCON DIVANETH**, como **TERAPEUTA RESPIRATORIO (A)**, identificado (a) con C.C. Núm. **1.015.996.903**, tiene con la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E. varias órdenes de Prestación de Servicios, Sin que exista solución de continuidad en su ejecución, desarrollando las obligaciones pactadas con autonomía técnica, Administrativa y sin subordinación laboral alguna desde el 12/1/2017, teniendo vigente a la fecha CPS **934** del 2019.

Su CPS, tiene unos honorarios de **DOS MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y UN MIL DIECIOCHO PESOS. (\$2.871.096)**

La presente se expide a solicitud del interesado (a), en Bogotá D.C. a los (14) días del mes de Diciembre de 2019.


Lidia Hemilet Cala Celis
Directora de contratación

Olga Patricia Leal

Calle 66 # 15-41
contratación@subrednorte.gov.co
Tel.:3431790 Ext.1036
Nit: 900971006-4

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

1.015.996.903

NUMERO

VILLAMIL ALARCON

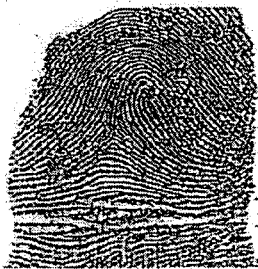
APELLIDOS

DIVANETH

NOMBRES

Divaneth Villamil A.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-JUL-1986

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68

ESTATURA

O+

G.S. RH

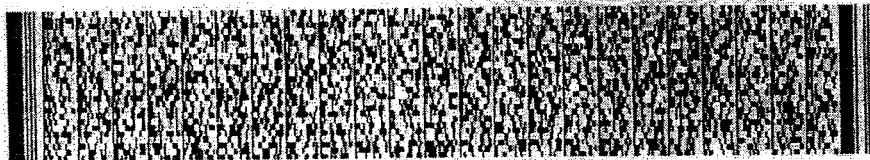
F

SEXO

15-SEP-2004 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMASEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-1500109-45134042-F-1015996903-20050131

03883 05031B 02 145248036

DIAN <small>Departamento Administrativo de Aduanas</small>		Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal				001
2. Concepto: 02 Actualización Espacio reservado para la DIAN			4. Número de formulario: 14358287570			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 1 5 9 9 6 9 0 3 - 5			6. DV: 5		12. Dirección zonal Impuestos de Bogotá	
IDENTIFICACION						
24. Tipo de contribuyente: Persona natural e sucesión ilíquida		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía		26. Número de identificación: 1 0 1 5 9 9 6 9 0 3 - 5		27. Fecha expedición: 2 0 0 4 0 9 1 5
28. País: COLOMBIA		29. Departamento: Bogotá D.C.		30. Correo electrónico: Bogotá, D.C.		31. Otros nombres: 0 0 1
32. Primer apellido: VILLAMIL		33. Segundo apellido: ALARCON		34. Primer nombre: DIVANETH		35. Otros nombres:
36. Razón social:						
37. Nombre comercial:						
USUCACION						
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		41. Código postal: 0 0 1
42. Dirección principal: CL 129 C 105A 63 BRR AURES II						
43. Correo electrónico: divaneth14@hotmail.com						
44. Teléfono 1: 4 9 0 1 6 2 0						
45. Teléfono 2: 3 2 0 3 5 6 8 0 3 0						
CLASIFICACION						
Actividad principal: 46. Código: 8 6 9 2		Actividad económica: 47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 5 1 2 0 1		Otras actividades: 48. Código:		Ocupación: 49. Código:
50. Código:		51. Código:		52. Número de establecimiento:		53. Código:
Responsabilidades, Calidades y Atributos: 54. Código: 2 0						
20. Oblación NIT:						
Usuarios aduaneros						
55. Código:						
Exportadores						
56. Forma:						
57. Tipo:						
58. Servicio:						
59. Modo:						
60. CPC:						
Para uso exclusivo de la DIAN						
61. Anexos: ☒ SI ☐ NO						
62. No. de Folio:						
63. Fecha: 2 0 1 5 1 2 0 9						
La información contenida en el formulario será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exclusivamente a la entidad por la anterior, cualquier falsedad o inexactitud en esta insucripcón podrá ser sancionada. Artículo 18 Decreto 2460 del Noviembre de 2013 Firma del solicitante:						
Firma autorizada:						
64. Nombre: VASQUEZ HOYOS MAGDALENA						
65. Cargo: Gestor I						



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 18-08-2016

Hora: 11:28:35 AM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE CC 1015996903 DIVANETH VILLAMIL ALARCON

Información General

Dirección CL 129 C 105 A 60

Teléfonos 4961620-3203568030

Dirección electrónica DIVANETH14@HOTMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 01/01/2015

Soporte Inscripción 22038147

Fecha Inicio Actividades 01/01/2015

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN COMUN

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO
TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE
PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS
ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y
PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE
NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS
QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001061819

Fuente ICA TE TOCA

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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

Tarjeta de Identificación Única
del Talento Humano en Salud



**Divaneth
Villamil Alarcon**
C.C. 1.015.996.903
TERAPEUTA RESPIRATORIO

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
Exp. De Diploma: 2015-10-09
BOGOTA D.C.



ReTNOs 2015-11-12



Resolución No 14517 de 12/11/2015

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión en el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 por el cual modifica parcialmente el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 8211 de julio de 1989 y 449 de febrero 8 de 1993 del ministerio de Salud y, Resolución No 001390 del 10 de marzo de 1997, Ley 1164 de 2007, Resolución 3030 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) VILLAMIL ALARCON DIVANETH Identificado(a) con CC número 1015996903 expedida en BOGOTA D C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TÍTULO de TERAPEUTA RESPIRATORIO (A) otorgado por LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el día 09/10/2015 y registrado en el libro 8 Folio 129 año 2015. Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que en virtud de lo expuesto este Despacho.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: autorizar a VILLAMIL ALARCON DIVANETH identificado(a) con CC número 1015996903 expedida en BOGOTA D C para ejercer la profesión de TERAPEUTA RESPIRATORIO (A) en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, el profesional quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 12/11/2015

Isabel Cristina Artunduaga P.
Directora de Calidad de
Servicios de Salud (E)

ISABEL CRISTINA ARTUNDUAGA PASTRANA,
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Revisó: Daniel Ortiz B.

Elaboró: Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 02 Feb 16
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Divaneth Villamil
CC. # 1015996903
Firma Divaneth Villamil

Cel. 32 No. 12-81
Tel. 344-9800
www.saludcmfai.gov.co
Info: Línea 398



BOGOTÁ
HUMANANA

L'impiar

Resultado Geral - 2021-01-12...10:20:10 PM

CC	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado	Identificación: reales
1015996303	DIVANEH	VILLAMIL	ALARCON			Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 1616 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) **DIVANETH ULLAMIL ALARCON** identificado(a) con C.I. 1015956693 registra La siguiente información:

2021-01-12 10:20:49 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtencion		Fecha inicio gestes		Entidad Reportadora
	Título	Profesion u Ocupacion	Acto Administrativo	Acto Administrativo	
UNV	Local	TERAPIA RESPIRATORIA	2015-11-12	14517	Colegio Colombiano de terapeutas Respiratorios

Tipo Programa	Protección u. Ocupación	Año Administrativo	Entidad Receptora
UNV	TERAPIA RESPIRATORIA	2015-11-12	14517
Local	Colegio Colombiano de terapeutas Respiratorios 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 acreditan 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).		

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1015996903
Nombres y Apellidos	DIVANETH VILLAMIL ALARCON		
Fecha de nacimiento:	07/07/1987		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
AH1N1	Primera dosis	09/06/2010			CENTRO DE ATENCION E INVESTIGACIÓN MEDICA S.A.
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
DPT	Única				
DPT Acelular	Segunda dosis	22/02/2017	Bostrix	AC37B177AC	VIRREY SOLIS SEDE SUBA
	Única	20/01/2017	Bostrix	AC37B177AB	VIRREY SOLIS SEDE SUBA
Fiebre amarilla	Primera dosis	25/06/2018	Fiebre Amarilla	N3P05	CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Segunda dosis	06/11/2012	Engerix B Adultos	0431045	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO
	Tercera dosis	04/01/2013	Engerix B Adultos	03411002B	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO
	Refuerzo	12/07/2013	Engerix B Adultos	035L2001	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO
Influenza	Única	21/05/2020	GC FLU	V50220001	UPA 35 CUNDINAMARCA
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis				
	Adicional				
	Adicional				
Td	Primera dosis	04/02/2003	Toxoide Tetánico y difterico		

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1015996903
Nombres y Apellidos	DIVANETH VILLAMIL ALARCON		
Fecha de nacimiento:	07/07/1987		

Td	Segunda dosis	15/03/2003	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Tercera dosis	23/09/2003	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Cuarta dosis	18/07/2007	Tetavax		HOSPITAL DE SUBA
	Quinta dosis	06/11/2012	Toxoide Tetánico y diftérico	024B1007D	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis	06/11/2012	Priorix	H5233-1	IPS TANIA SALUD TEUSAQUILLO
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

ALIANZA EXÁMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MÉDICOS LTDA

ALIANZA EXÁMENES
NIT: 900101623-7

EXAMEN OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1015996903-38005

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	27/01/2020 - BOGOTÁ D.C	Tipo de Examen:	INGRESO
Paciente:	DIVANETH VILLAMIL ALARCON	Identificación:	1015996903
Género:	FEMENINO	Edad:	33
Fecha Nacimiento:	07/07/1986	Teléfono:	4961620
Estado Civil:		Móvil:	3154934810
Dirección:	ND	Cargo:	TERAPEUTA RESPIRATORIA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	EPS:	SANITAS
Empresa:	PARTICULAR	ARL:	
		AFP:	
		No Reporta	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, IMPORTANTE HACER ÉNFASIS EN HIGIENE POSTURAL Y FORTALECIMIENTO DE MUSCULATURA DE ESPALDA Y ABDOMEN, CAPACITACIÓN EN RIESGO BIOLÓGICO Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO, CONTROL MÉDICO OPTOMETRÍA SO PERIÓDICO ANUAL, CONTROL MÉDICO DE EPS Y TERAPIAS FÍSICAS POR EPS

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR
APTO A LA FECHA PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
---------------------	--	------------

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

ERGONÓMICO

Información de Remisiones

NO

M. S. A. S. - P. R. O.



D. Vaneth V. am l

AGDA PRIETO MONTAÑA

0875/11 39570365

DIVANETH VILLAMIL ALARCON

1015996903

Médico Especialista en Salud Laboral

Firma y cédula del Paciente

CODIGO DE VERIFICACION 3677

CERTIFICA QUE:

DIVANIETH VILLAMIL ALARCON

C.C. 1.015.996.903

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso(s)-taller(s) ATENCION A PACIENTE VICTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL con una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, basado en los Requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación

Nacional

ANGELES DE LA SALUD

BOGOTÁ D.C 25 DE NOVIEMBRE DE 2020

Academia de Capacitaciones

NT. 1110.543.709-3

LINA MARIA MEDINA

GERENCIA

NEILSON F. CASTILLO

DIRECCION

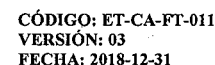
DIRECCION CARRERA 78 B # 39A-45 SUR PISO 3 OFICINA 300 KENNEDY CENTRAL

Teléfono : 3508026209-3505618740-3222354745

Correo electrónico: angelasalud@hotmail.com

DIRECCION WEB: www.angelasalud.co

VIGENCIA NOVIEMBRE 2022



SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)									
FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA				NIT	
SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☒	Subred Centro Oriente				4009590512	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA			GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒	ENERGIA ☐	ALIMENTOS ☐	
EXPORTACIONES ☐	FINANCIERA ☐	MEDICAMENTOS ☐	AGROPECUARIA ☐	INDUSTRIAL ☐	TECNOLOGIA ☐	OTRA: ☐			
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO FIJO/CELULAR		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAIS	
Diag 3445-45		3444484		Bogotá		Cundinamarca		Colombia	
CARGO ACTUAL			Terapeuta Respiratorio			FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA)		18/07/2020	
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO									
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	DESCRIPCION ACTIVIDAD				FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD	
5. INFORMACIÓN FINANCIERA (- PESOS \$)									
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS			
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA			
HONORARIOS	\$3.083.694	ARRIENDOS	\$500.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	10.000.000		
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	\$370.000	VEHICULOS	\$30.000.000	DEUDA VEHICULOS	8.000.000		
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS			
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	\$600.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*			
TOTAL INGRESOS	0	TOTAL EGRESOS	0	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0		
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS			
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			
Rivera		Bolívar		Rosa		Aya			
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR			
Transv. 88 A 83 A 31		Bogotá/Cundinamarca/Colombia		Amiga		3103383899			
7. REFERENCIA FINANCIERA									
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	SUCURSAL		TELEFONO		
Banco Davivienda		Cuenta de Ahorros		05504337 25349	Bogotá		3300000		
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒ (Marcar con X)									
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	CIUDAD/PAIS		MONEDA	MONTO	
Banco Davivienda		Cuenta de Ahorros		05504337000 25349	Colombia		Pesos	100.000	
IMPORTACION ☐	EXPORTACION ☐	TRANSFERENCIA ☐	PAGO SERVICIOS ☐	PRESTAMO ☐	OTRO ☐	CUAL:			
8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)									
POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE		CORRESPONDECIA ☐	PUBLICIDAD ENTIDAD ☒	MERCADEO ☐	INTERNET ☐	BASE DE DATOS ☐	EVENTOS ☐		
OTRA ☐	CUAL:	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO ☐	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO ☒	INVITACION A COTIZAR ☐	PORTAL WEB SUBRED ☐	LLAMADA TELEFONICA ☐	PORTALES EMPLEO ☐		
9. 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".									

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

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

TERAPEUTA RESPIRATORIO

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la 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 la 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, modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)**10. 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 legible de la tarjeta profesional del Contador Público.
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 ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del ultimo año, 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 Publico.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

11. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTES DE OTROS PAISES.

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 Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su 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 trataran 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 le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. **USUARIOS DE LA INFORMACION:** Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y 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 harán 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.

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, 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 sarlaft@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,

9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizado, 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: Si 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".

11. FIRMA Y HUELLA

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

Dwaneth Bulamil A.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA

1. Fecha y Hora:		2. Ciudad	
3. Nombre del funcionario Subred			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			
8. Proceso Responsable Subred			

13. VERIFICACION DE LA INFORMACION

1. Fecha y Hora:		2. Ciudad	
3. Nombre y Cargo (Contraparte)			
4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:			
6. Firma y No Cédula:			
7. Nombre Apellidos Funcionario Subred			
8. Proceso Responsable Subred			

CODIGO DE VERIFICACION 3678

CERTIFICA QUE:

DIVANETH VILLAMIL ALARCON

C.C. 1.015.996.903

Ha asistido y completado satisfactoriamente el curso(s)-taller(s) SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS) con una intensidad horaria de cuarenta y ocho (48) horas, basado en los Requerimientos del Decreto 1075 de 2015 del Ministerio de Educación Nacional

ANGELÉS DE LA SALUD

Academia de Capacitaciones

BOGOTÁ D.C 24 DE NOVIEMBRE DE 2020

NIT. 1.110.543.709-3

NEILSON F. CASTILLO
DIRECCION

LINA MARIA MEDINA
GERENCIA

DIRECCION CARRERA 78 B # 39A-45 SUR PISO 3 OFICINA 300 KENNEDY CENTRAL
Y : 35082026259-3505618740-3222354745
DIRECCION WEB: www.angelasdelasalud.co
VIGENCIA NOVIEMBRE 2022

POST TEST INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN 2020

POST TEST INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN 2020

Puntos totales 100/100 

El siguiente instrumento tiene como finalidad analizar el conocimiento obtenido como resultado de la inducción - reinducción. Por tal motivo califique cada enunciado de acuerdo a los rangos propuestos con honestidad y tranquilidad.

Dirección de correo electrónico *

DIVANETH14@HOTMAIL.COM

Documento de Identidad *

1015996903

Nombres y apellidos *

DIVANETH VILLAMIL ALARCON

Número de contacto *

4961620



CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1015996903
NOMBRES Y APELLIDOS	Villamil Alarcon,Divaneth
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	15/12/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Villamil Alarcon,Divaneth , a los 12 días del mes de enero del año 2021.

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

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DIVANETH VILLAMIL ALARCON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.015.996.903**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Enero del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1015996903

Numero de Documento

SUPA

ARL

DIANEETH

Primer Nombre

VILLAMIL

Segundo Nombre

Primer Apellido

ALARCON

Segundo Apellido

07/07/1986

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTA

Ciudad de Nacimiento

CRA 113 # 143 A29

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

SANTAS

EPS - Salud

PORVENIR

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

TERAPEUTA RESPIRATORIO

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

diagfcs@gmail.com

Correo Electrónico

3154934810

Celular

Dianeeth Villamil A.

Firma del Afiliado

Angel M. Hernandez M

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 52,046.298

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO
No. 158127092**



WEB

22:14:40

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 12 de enero del 2021

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) DIVANETH VILLAMIL ALARCON identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1015996903:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html>

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :

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



Bogotá D.C., 12 de Enero de 2021 - 22:17 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **DIVANETH S/R VILLAMIL ALARCON**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UNO MIL QUINCE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS TRES** de BOGOTÁ D.C.

1015996903

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.

JUAN RAMÓN JIMENEZ OSORIO
Jefe Oficina Asesora 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: **1_UJTBI_1722**

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

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 12 de enero de 2021, a las 22:16:02, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1015996903
Código de Verificación	1015996903210112221602

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.



FERNANDO ALFONSO CRUZ MONTOYA
CONTRALOR DELEGADO (E)



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 22:07:18 horas del 12/01/2021, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1015996903

Apellidos y Nombres: **VILLAMIL ALARCON DIVANETH**

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.



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

19/01/2021

Por medio de la presente hacemos constar que la **señora DIVANETH VILLAMIL ALARCON** con **Cédula de Ciudadanía** número **1015996903**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

0550477700025349

Fecha de apertura

24/01/2013

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

BOGOTÁ, D.C. - COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7