

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones DAHIANA MACIEL LOZADA HOLGUIN.

DAHIANA MACIEL LOZADA con el NIT 52459640 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >





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

Ministerio de Salud y Protección Social

Última Actualización: 28-nov-2017

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO COZAIDA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) HOLGUIN	NOMBRES DAHIANA MACIEL
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 52459640	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 15 MES ABR AÑO 1979 PAÍS COLOMBIA DEPTO Boyacá MUNICIPIO BOYACA		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA DIAGONAL 53 BIS #1-36 PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C. MUNICIPIO BOGOTA D. C. TELEFONO 3282828 EMAIL ni.colle.2@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	DIC	AÑO	1998

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRIA O MAGISTER), DC (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	4	X	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	12 2008	52459640

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Inglés	X			X			X		



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED DIFUSORA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE S.S.P.

SIDEAPO

Unidad de Gestión de Salud

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
UPSS SANTA CLARA	X		COLOMBIA
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D. C.	BOGOTÁ D. C.	serviciosam@sideapo.com.co	
TÉLEFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3282828	DÍA 1 MES 2 AÑO 2015		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	CLÍNICA DE HERIDAS	CRA 14 B NO 1 45 SUR	

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	2	1
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	1

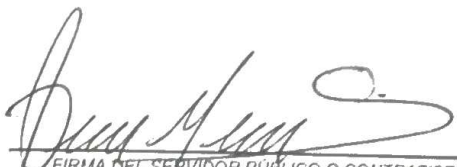
5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
SIDEAP
Última Actualización: 28-nov-2017

[Empty box for information]

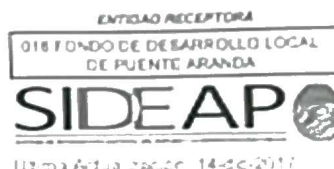
CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Bogotá
28-NOV-2017
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



1. DECLARACION JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DAHIANA MACIEL LOZADA HOLGUIN
IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52459640 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País COLOMBIA Departamento Bogotá D. C. Municipio BOGOTÁ D. C.
Dirección DIAGONAL 53 BIS #1-36 Teléfonos 3185381755 3282828

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CRISTIAN EGIBERT PAEZ	1233494168	HIJO(A)
VALERY MACIEL BARRERA LOZADA	1028621060	HIJO(A)
MARIANGEL LOZADA HOLGUIN	1022440373	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,
PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐
QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE
RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 1.500.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORROS	10382502278	AV PRIMERA	\$ 2.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

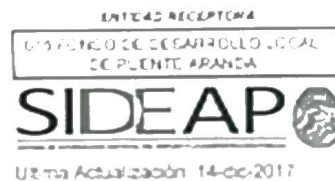
d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO BOGOTÁ	PRESTAMO	\$ 9.100.000,00

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



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)



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
NO	NO

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. ☐	0

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
X	X

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2017

CIUDAD Y FECHA

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Centro Oriente Subred Centro Oriente E.S.E</p>	<p align="center">SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE</p>		
<p>Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos</p>	<p>Código EGT-FT-656</p>	<p>Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano</p>	<p>Página: 1 de 1 Versión: 02 Fecha: 2016-05-06</p>

Bogotá, D.C

Señores

ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo DAHIANA MACIEL LOZADA HOLGUIN en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que *"todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar"* y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad *"el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento..."*

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE – UNIDAD CENTRO ORIENTE**, sobre la idoneidad de mi título académico como:

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

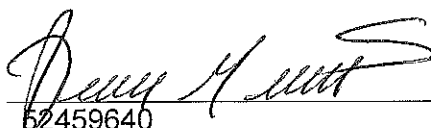
Firma:

No. de documento:

Tarjeta profesional No.:

Dirección de contacto:

Teléfono:



52459640

52459640

TRAV 53 # 1-40

3185381755

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
NUMERO **52.459.640**

LOZADA HOLGUIN

APELLIDOS
DAHIANA MACIEL

NOMBRES


FIRMA





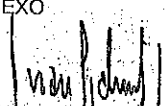
FECHA DE NACIMIENTO **15-ABR-1979**

ALMEIDA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

06-ABR-1998 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



A-1500150-00795971-F-0052459640-20160301 0048726343A 1 1303810235

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 52459640-4 DAHIANA MACIEL LOZADA HOLGUIN

Información General

Dirección TV 53 1 36

Teléfonos 3185381755

Dirección electrónica ni.colle.2@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 14/01/2004

Soporte Inscripción 4977838

Fecha Inicio Actividades 14/01/2004

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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: 16001129921



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

ANUSCA
Modelo Único de Registro, Gestión y Control Automatizado

001

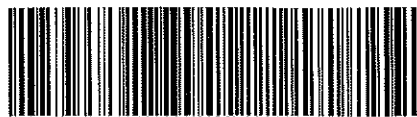
2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14340283351



(415)7707212489984(8020) 000001434028335 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 2 4 5 9 6 4 0

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

(3 2)

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

5 2 4 5 9 6 4 0

27. Fecha expedición:

1 9 9 8 0 4 0 6

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

LOZADA

32. Segundo apellido

HOLGUIN

33. Primer nombre

DAHIANA

34. Otros nombres

MACIEL

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

TV 53 1 36 BRR CAMELIA

42. Correo electrónico:

ni.colle.2@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

3 1 8 5 3 8 1 7 5 5

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 0 0 7 2 2

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 6 0 9 0 1

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

[Firma manuscrita]

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

[Firma manuscrita]

984. Nombre

CARDONA PINEROS ELIZABETH

985. Cargo:



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

DAHIANA MACIEL
LOZADA HOLGUIN

C.C. 52459640

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 06/04/2010



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría
Salud

Resolución No 3763 de 25/03/2010
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) LOZADA HOLGUIN DAHIANA MACIEL Identificado(a) con CC número 52459640 expedida en BOGOTÁ D C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER el día 19/12/2008 y registrado en el libro 1 Folio 78 año 2008

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a LOZADA HOLGUIN DAHIANA MACIEL identificado(a) con CC número 52459640 expedida en BOGOTÁ D C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Bogotá D.C. a los 25/03/2010

Herman Redondo Gómez

Director de Desarrollo
de Servicios de Salud

HERMAN REDONDO GÓMEZ.

Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Víctor Sánchez
Reviso : Daniel Ortiz.

Bogotá, D.C.

A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) _____

CC. # _____

Firma _____





ReTHUS
web.sispro.gov.co



ReTHUS

A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

52459640

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:

Dalman

Apellidos:

Losada Holguin

Documento
de identidad:

C.C. ~~X~~ TI. Pasaporte

No. 52459640

Fecha de Nacimiento:

Día 15 Mes 04 Año 1971

Biologico	Fecha	Facturante	Planta
Bubecia	03/01/17	CSB/16033A	
1	23-05-10 05024300	Conesid	
Toxide	14 ENE 2017 072326A	Alu. En	
Difusico	01/01/17		
Id	4		
5			
1	03-MAY-2017 05143401	INSA	
2	14 ENE 2017 072326A	Alu. En	
Conte			
Hepatus B	06/01/17 072326B		

Biologico	Fecha	Facturante	Planta
Bubecia	03/01/17	CSB/16033A	
1	23-05-10 05024300	Conesid	
Toxide	14 ENE 2017 072326A	Alu. En	
Difusico	01/01/17		
Id	4		
5			
1	03-MAY-2017 05143401	INSA	
2	14 ENE 2017 072326A	Alu. En	
Conte			
Hepatus B	06/01/17 072326B		

CONCEPTO MEDICO SALUD OCUPACIONAL

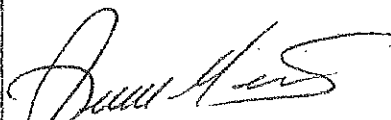
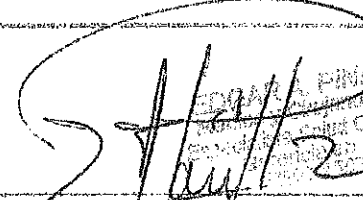
LUGAR:	Bogotá	FECHA:	23. IV. 15	HORA:	
EMPRESA:	Hospital Santa Clara	CARGO:	auxiliar enfermeras		
IDENTIFICACION					
PRIMER APELLIDO:	Lozoda	SEGUNDO APELLIDO:	Holgoin	NOMBRES:	
				Dahiana	
C.C. Nº:	52459640	LUGAR:	Bogotá	EDAD:	36
				SEXO:	F
DIRECCION:	Cm 97C N-572-5	TELEFONO:		CELULAR:	300574176

TIPO DE EXAMEN Marque con una (x)									
INGRESO	PERIODICO	☒	EGRESO	CUALES:					
REUBICACION	REINTEGRO		OTROS						

EXAMENES REALIZADOS. Marcar con una (X)							
EMO INGRESO	☒	VISIOMETRIA	☐	F. RENAL	☐	F. GARGANTA	☐
AUDIOMETRIA	☐	PERFIL LIPIDICO	☐	C. HEMATICO	☐	OTROS:	☐
ESPIROMETRIA	☐	GLICEMIA	☐	COPROLOGICO	☐		☐
RX TORAX	☐	C. HEMATICO	☐	KOH URAS	☐		☐

RECOMENDACIONES		
HIGIENE POSTURAL	✓	PVE EN LOS QUE REQUIEREN INGRESAR
PAUSAS ACTIVAS	✓	1
HABITOS DE VIDA SALUDABLE	✓	2
		OTRAS RECOMENDACIONES

CONCEPTO DE APTITUD. Marcar con una (X)		
APTO PARA LABORAR SIN PATOLOGIAS	☒	NO
APTO PARA LABORAR CON PATOLOGIAS QUE NO AFECTAN LA LABOR	SI	NO
PRESENTA PATOLOGIAS INCOMPATIBLES CON SUS FUNCIONES	SI	NO
PACIENTE APLAZADO	SI	NO
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	SI	NO
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	SI	NO
APTO PARA TRABAJO ESPECIALIZADO	SI	NO

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES		
 52454640 Rta Firma y Cedula del Trabajador:	 HUELLA	 <div style="position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%); opacity: 0.5;"> FOLIO FINAL No. de Hoja: 1 No. de Hojas: 1 No. de Folios: 1 No. de Páginas: 1 </div> Firma y Sello del Profesional:



Libertad y justicia
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

DAHIANA MACIEL LOZADA HOLGUIN

Con Cédula de Ciudadanía No. 52.459.640

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los diecisiete (17) días del mes de diciembre de dos mil quince (2015)

Firmado Digitalmente por

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

Autenticidad del Documento

Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS

SUBDIRECTOR

CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

33364187 - 17/12/2015
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 940300119042CC52459640C.

Secretaría de Salud

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO

FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011

VERSIÓN: 02

FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:

2017-11-30

CIUDAD:

BOGOTA

DEPARTAMENTO:

CUNDINAMARCA

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR

PARTICULAR

CONTRATISTA OPS

X

SERVIDOR PUBLICO

OTRO

CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO:

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

LOZADA

HOLGUIN

DAHIANA

MACIEL

TIPO DE IDENTIFICACION

No IDENTIFICACION

LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)

FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)

C.C. X

C.E.

R.C.

NUIP

52459640

BOGOTA

1998-04-08

PASAPORTE

OTRO

ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X

FECHA NACIMIENTO:

LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)

PAIS NACIMIENTO

NACIONALIDAD:

1979-04-15

BOGOTA

COLOMBIA

COLOMBIANA

ESTADO CIVIL

PERSONA A CARGO

NUMERO DE HIJOS

TELEFONO CELULAR

SOLTERO(A) VIUDO(A)

CASA X

DIVORCADO(A)

UNION LIBRE

2

3

3185381755

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

PROFESION / OFICIO

MAGISTER

POSGRADO

UNIVERSITARIO TECNICO

BACHILLER OTRO

PRIMARIA

TECNICO

CUAL:

TECNICO LABORAL AUXILIAR DE ENFERMRIA

DIRECCION RESIDENCIA:

CIUDAD RESIDENCIA

DEPARTAMENTO:

PAIS RESIDENCIA:

TELEFONO RESIDENCIA

TRAV 53# 1-40

BOGOTA

CUNDINAMARCA

COLOMBIA

3185381755

CORREO ELECTRONICO:

PORTAL O PAGINA INTERNET

TIPO DE VIVIENDA

PROPIA

FAMILIAR

ARRENDADA X

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)

CIUDAD:

DEPARTAMENTO:

PAIS:

TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO:

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION

NUMERO IDENTIFICACION

LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)

FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)

C.C.

C.E.

R.C.

NUIP

PASAPORTE

OTRO

CUAL:

ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO

NACIONALIDAD:

COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO

SOCIO

PROFESIONAL INDEPENDIENTE

ESTUDIANTE

CONTRATISTA

EMPLEADO SOCIO

HOGAR

COMERCIANTE

PENSIONADO

EMPLEADO PUBLICO

OTRA. . . .

CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:

DECLARA RENTA

SI

IVA

SI

NO

NO

ICA

SI

NO

PRINCIPAL:

SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE

SI

NO

AGENTE RETENEDOR

SI

NO

AGENTE AUTORETENEDOR

SI

NO



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

ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO

FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011

VERSIÓN: 02

FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA								
SI ☒ NO ☐		S ☐ NO ☒		SUBRED INTEGRADE DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE								
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA			GOBIERNO <input type="text"/>		S ☐ ICIOS ☒ UD ☐		# NIT					
EXPORTACIONES ☐		AGRICOLA ☐		ENERGETICA ☐		NANCIERA ☐		TRANSPORTE ☐	TE ☐ LOGIA ☐	ALIM ☐ TOS ☐	MEDICAM ☐ TOS ☐	
OTRA ☐		CUAL: ☒ <input type="text"/>										
DIRECION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO		PAIS				
CRA 14 # 1-59		3282828 EXT 361		BOGOTA		CUNDINAMARCA		COLOMBIA				
CARGO ACTUAL			TECNICO LABORAL AUXILIAR DE ENFERMERIA				FECHA VINCULACION		2015-01-02			
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO												
NUMERO DE EMPLEADOS		VENTAS ANUALES		CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA		DESCRIPCION ACTIVIDAD		FECHA CONSTITUCION		TIPO SOCIEDAD		

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	\$ 1,600,000	GASTOS FAMILIARES	\$ 600,000	AHORROS	\$ 100,000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	\$ 600,000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	\$ 300,000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$ 1,600,000	TOTAL EGRESOS	\$ 1,500,000	TOTAL ACTIVOS	\$ 100,000	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 Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ARENAS		DIEGO	
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CRA 67# 65-20	BOGOTA	AMIGO	3044387899

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCOLOMBIA	CUENTA DE AHORROS	10382502278	AV PRIMERA	4086868

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO ☐

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORT ☐ONEXPORTA ☐NTRANSFERENCIA ☐PRESTAMOS ☐PAGO SERVICIOS ☐RA ☐

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique)

3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemento o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas.

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

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por 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.

	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO</div> <div>FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL</div>	<div>CÓDIGO: ET-CA-FT- 011</div> <div>VERSIÓN: 02</div> <div>FECHA: 2017-08-22</div>
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS		
<p>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.</p> <p>Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</p> <p>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</p> <p>Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.</p> <p>Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante</p>		
<div><div>1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)</div><div>2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.</div><div>3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.</div><div>4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.</div><div>5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)</div><div>6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)</div></div> <p>APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.</p> <p>NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</p>		
10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.		
CONSIDERACIONES		
<div><div>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 estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.</div><div>2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.</div><div>3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.</div><div>4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:</div></div>		
AUTORIZACION		
<p>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.</p> <p>Declaro expresamente:</p> <p>A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.</p> <p>B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:</p> <p>1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecucion y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboraci3n de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de informaci3n relativa a encuestas de satisfaccion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizaci3n de encuestas sobre satisfacci3n en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de informaci3n de Sujetos de tributaci3n en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Direcci3n 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 informaci3n en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevenci3n y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.</p> <p>2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.</p> <p>3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compaías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecuci3n, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevencion y control de fraudes, la selecci3n de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.</p> <p>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.</p> <p>5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definici3n 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 consideraci3n que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.</p> <p>6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsekuensi, no hemos sido obligados a responderlas.</p> <p>7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la informaci3n, 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.</p> <p>8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la informaci3n 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 autorizaci3n. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (<u>Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co</u>) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevenci3n y control del fraude.(<u>INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO</u>).</p> <p>9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.</p> <p>NOTA: Se desea ampliar esta informaci3n por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".</p>		
IX. FIRMA Y HUELLA		



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

ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO

FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011

VERSIÓN: 02

FECHA: 2017-08-22

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

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

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

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



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DAHIANA MACIEL LOZADA HOLGUIN identificado(a) con CC 52459640 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 23/06/2010

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 27 días del mes de noviembre del año 2017.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR LTDA.

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) DAHIANA MACIEL LOZADA HOLGUIN identificado(a) con C.C No. 52.459.640, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 21 de noviembre del 2017.

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

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



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

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 101933764



WEB

14:59:56

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 20 de noviembre del 2017

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DAHIANA MACIEL LOZADA HOLGUIN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52459640:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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

ATENCIÓN :

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

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y
JURISDICCIÓN COACTIVA

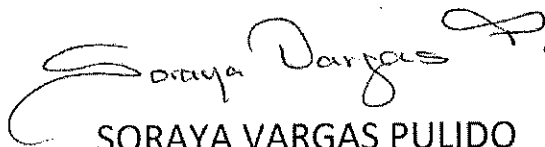
CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 20 de noviembre de 2017, a las 14:58:49, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	52.459.640
Código de Verificación	670416512017

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO



Bogotá D.C., 20 de Noviembre de 2017 - 15:01 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) **DAHIANA MACIEL LOZADA HOLGUIN**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CINCUENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS CUARENTA** de BOGOTÁ D.C.

52459640

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **11_RMLWE_0115**
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

[Inicio](#)[Institución](#)[Contáctenos](#)

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 20/11/2017 a las 15:01:00 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 52459640 y
Nombres: LOZADA HOLGUIN DAHIANA MACIEL

ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL ALGUNA

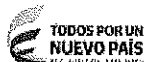
Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de
identidad suministrado.

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

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

[Volver al Inicio](#)

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 400
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co



Presidencia
de la República



Ministerio
de Defensa



Gobierno
en Línea



Portal Único
de Contratación



Todos los derechos reservados 2011.



Bogotá, 29 Noviembre de 2017

Señores

HOSPITAL SANTA CLARA

Ciudad

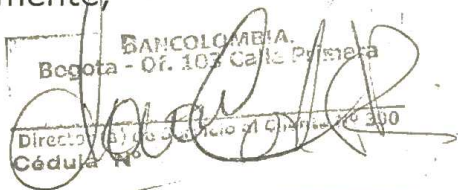
Respetados señores

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que **DAHIANA MACIEL LOZADA HOLGUIN**, Identificado (a) con **CC 52459640** a la fecha de expedición de ésta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No Producto	FECHA APERTURA	Estado
CUENTA AHORRO	103-825022-78	2017/09/20	ACTIVA

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el teléfono 4086868 de Bogotá o en nuestra sucursal CALLE PRIMERA - Avenida calle 1 No. 17A-44.

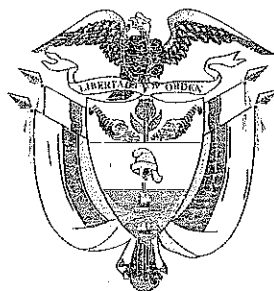
Atentamente,


BANCOLOMBIA
Bogotá - Of. 103 Calle Primera
Directora (a) de Servicio al Cliente No. 300
Cédula N°

ASTRID LORENA CORTES RIVERA
Asesor Integral I Of. Calle Primera (103)
Tél. 4086868 Ext. 151

Importante: Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente

BANCOLOMBIA NIT. 890.903.938-8 SUCURSAL CALLE PRIMERA Avenida Calle 1 No. 17A-44 - PBX 4086868



En Republica de Colombia
y en su nombre

Colegio Distrital la Merced

Autorizado por la Secretaria de Educación de Bogotá - Colombia.
según Resolución No. 9212 de 25 de Octubre de 1979

COLEGIO DISTRICTAL
LA MERCEDES

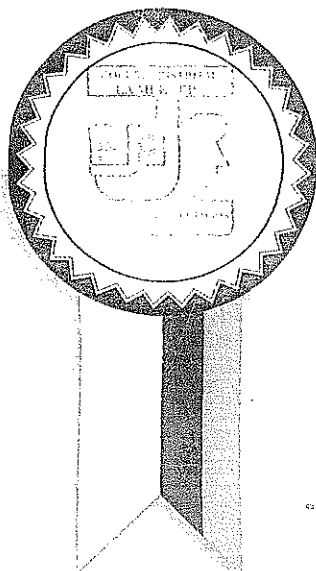
Dahiana Marcel Lozada Holguin

Identificado C.C. 52.459.640 de Bogotá (Cund.)

El Titulo de

Bachiller Academico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel
de educación Media Vocel, según los planes y programas vigentes



[Firma]
Rector

[Firma]
Secretaria

Folio No. 120 Acta No. 49

Dado en Bogota a 10 de Diciembre de 19 99



La República de Colombia
Ministerio de Salud y en su nombre



La Escuela de Salud 'San Pedro Claver'

Educación No Formal

Aprobada por el Ministerio de Salud según Acuerdos No. 114 de Septiembre 30 de 1993 y No. 28 de Septiembre 3 de 1995 y Resolución No. 1535 del 14 de Abril de 1994 de la Secretaría de Educación del Distrito Capital.

Exención en cuenta que

Dáiana Maicel Lozada Mosquín

Identificación(a) con la C.C. No. 52.459.640 de Bogotá D.C.

Ha terminado satisfactoriamente los estudios y cumplió con las exigencias legales del programa

Certificado Auxiliar de Enfermería

Se confiere el presente Certificado de Afiliación Ocupacional

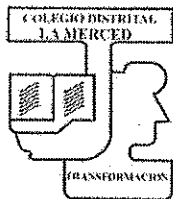
(Firma)

Dada en Bogotá a los 19 días de Diciembre de 2008

Anotado al libro de Registro No. 04

Folio 78

(Secretaria)



COLEGIO DISTRITAL LA MERCED

CALLE 13 No. 41 - 51 TELS.: 268 80 56 - 268 82 81

Inscripción DANE 325754001891

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En en Bogotá, a los cuatro (5) días del mes de Diciembre de 1998, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaría del **COLEGIO DISTRITAL LA MERCED**. Institución aprobada en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación, para otorgar el Título de Bachiller Académico; según Resolución No. 9212 del 25 Octubre de 1979.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los Estudiantes que cursaron, desarrollaron y alcanzaron los Niveles de Competencia correspondientes al Nivel de Educación Media 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:

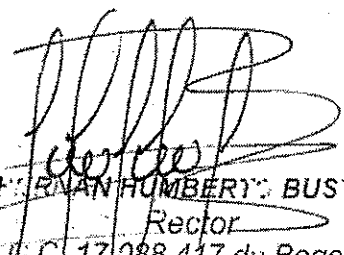
Dahiana Maciel lozada holguin
C.C. 52.459.640 de Bogotá (Cund.)

Es fiel copia tomada del original de Acta General de Graduación No. 35, del 5 de Diciembre de 1998. Que consta de 158 estudiantes. Comienza con el nombre de ANA MARCELA ABRIL ALONSO y termina con el nombre de MONICA VILLARRAGA LOZANO.

Firmada y sellada por el Pdre. **HERNAN HUMBERTO BUSTOS CRUZ** (Rector) y **STELLA GARCIA** (Secretaría).

Dada en Bogotá a los cuatro (5) días del mes de Diciembre de 1998.

FIRMADO Y SELLADO


Pdre. **HERNAN HUMBERTO BUSTOS CRUZ**
Rector
C.C. 17.088.417 de Bogotá

VISUAL LASER
3606350 - 2680551
2442174 - 2682811


STELLA GARCIA
Secretaria
C.C. 25.330.262 de Fundación



ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER"

AUTORIZACION OFICIAL SEGÚN RESOLUCIONES

Nº 1535 DEL 14 DE ABRIL DE 1994
Nº 4058 DEL 22 DE DICIEMBRE DEL 2003
Nº 817 DEL 6 DE MARZO DEL 2006

SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE BOGOTÁ D. C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN

En la Ciudad de Bogotá, D.C., a los dieciocho (18) días del mes de diciembre del año 2008 se reunieron los alumnos 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 **AUXILIAR EN ENFERMERÍA** (Intensidad 1800 Horas). Comprobada la situación legal y académica de los estudiantes que cursaron y culminaron los estudios correspondientes al programa **AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, se procedió a otorgar EL **CERTIFICADO**, al egresado cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

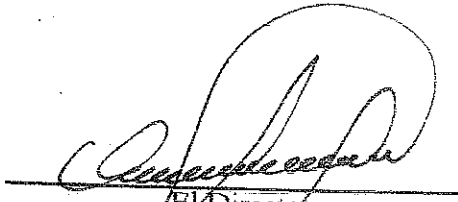
DAHIANA MACIEL LOZADA HOLGUIN

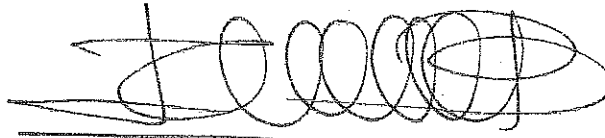
C.C. Nº 52.459.640 DE BOGOTÁ D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original Nº 31 de fecha 18 de Diciembre del año 2008 que comienza con el nombre de ACUÑA SEPULVEDA CARMEN CECILIA y cierra con el nombre de YATE MADRIGAL RUSMERY

Firmado y sellado por OVIDIO LÓPEZ ROBAYO (Director) y LUZ ANGELA MERCHAN BENAVIDES (Secretaria).

Dada en Bogotá D.C. a los Dieciocho (18) días del mes de Diciembre de 2008.


El Director
C.C. Nº 17'324.744 de V/cio.


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