

[Comprobar](#) X | [Consulta A](#) X | [SISBEN - C](#) X | [Resultados](#) X | [Avantage F](#) X | [BIENVENT](#) X | [LabCore R](#) X | [Recibidos](#) X | [Ver](#) X | [+](#)

[←](#) | [→](#) | [G](#) | [https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14001307](#)

[Aplicaciones](#) | [Sitios sugeridos](#) | [Login](#) | [Resultados](#) | [Avantage PACS](#)



Colombia Compra Eficiente

Búsqueda ▾ Mis procesos ▾ Menú ▾ Ir a ▾

Estadístico → Configuraciones de Perfil

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Información del usuario

Género

Cargo

Título

Nombre completo

Nombre y apellido ESTEFANNY DIAZ COLOPADO

Código del empleado

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 1026622310

Fecha de emisión

Expedido por

Fecha de expiración

Dirección

Código postal

Estado

Municipio

País COLOMBIA

Correo electrónico estefany972@gmail.com

Teléfono

Celular 3135494236



Editar

UTC - 5h 27:18

ESTEFANNY DIAZ CO...

Buscar...

UTC - 5h 27:18 Ayuda

LOJA

ES

W

8

08:26 a.m.

06/01/2019



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

SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO DIAZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) COLORADO	NOMBRES ESTEFANN Y
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1026592310	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 25 MES OCT AÑO 1997 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRA 3 ESTE N 39 - 24 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4724677 EMAIL estefany9720@gmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1º a 6º DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6º a 11º DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	bachiller comercial			
FECHA DE GRADO														
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	NOVIEMBRE	AÑO	2015

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

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 sub red centro oriente	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionalusuario@subredcentrooriente.com	
TELÉFONOS 4444484	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 8 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO auxiliar administrativo	DEPENDENCIA facturacion	DIRECCIÓN dg 39 sur n 3 34 este	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD FUMEFI	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD fumefi@gmail.com	
TELÉFONOS 3143606143	FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 2 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 6 MES 8 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO SECRETARIA	DEPENDENCIA GENERAL	DIRECCIÓN calle 40 sur No. 5 30	

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	3
PRIVADO	0	5
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	9

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).



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

SISTEMA DE INFORMACIÓN CENTRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Estefanny Diaz Colorado.

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



FORMULARIO ÚNICO

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.**SIDEAP**
SISTEMA DE INFORMACIÓN ESTATAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ESTEFANN Y DIAZ COLORADO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1026592310 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CRRA 3 ESTE N 39 - 24 SUR

Teléfonos 3135494236 4724677

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ROSANA COLORADO VARGAS	52066989	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	\$ 19.200.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 19.200.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
davivienda	AHORROS	002800237873	el espectador	\$ 10.000,00

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
Universidad Piloto de Colombia	ESTUDIO	\$ 6.000.000,00

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

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

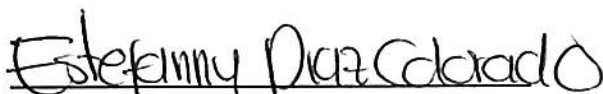
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018
CIUDAD Y FECHA



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

Centro Comercial Madre Elisa Roncallo

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.,
según Resolución No. 3737 del 22 de Noviembre de 2002

Confiere a :

Estefanny Díaz Colorado

C.C. 1.026.592.310 de Bogotá D.C.

el Título de:

Bachiller Comercial

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



4004 MARITZA PÁEZ ACOSTA
Secretaria



Anotado al Folio No. 024 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 002

Dado en Bogotá, D.C. a 28 de Noviembre de 2015

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 República.

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

CENTRO COMERCIAL MADRE ELISA RONCALLO

CARRERA 3ª. C ESTE No. 41-23 SUR

TELEFONO 2068572

BOGOTÁ D.C.

Inscripción S.E.: No. 17-86

Inscripción Dane: 311001006601

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los veintiocho (28) días del mes de Noviembre de 2015, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de las alumnas de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del CENTRO COMERCIAL MADRE ELISA RONCALLO, institución aprobada hasta NUEVA VISITA en el nivel de Educación Media y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. para otorgar el título de Bachiller Comercial, según Resolución No. 3737 del 22 de Noviembre de 2002.

Comprobada la situación Legal y Académica de las alumnas que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el Título de BACHILLER COMERCIAL; a la graduanda cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

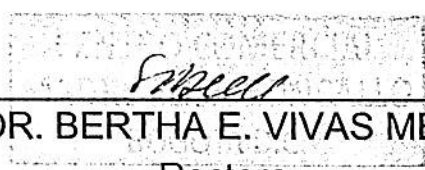
Estefanny Díaz Colorado

C.C. 1.026.592.310 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta General No. 041 del veintiocho (28) de Noviembre de 2015, que consta de ochenta (80) estudiantes; comienza con el nombre de ACOSTA LEÓN JESSICA DANIELA y termina con el nombre de VILLALBA MENESES MARÍA FERNANDA. Firmada por SOR BERTHA E. VIVAS MEJÍA (Rectora) y YUDY MARITZA PÁEZ ACOSTA (Secretaria).

Dada en Bogotá, D.C., a los veintiocho (28) días del mes de Noviembre de 2015.

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 República.


SOR. BERTHA E. VIVAS MEJÍA

Rectora

C.C. 21.003.462 de Tibirita (Cund.)


YUDY MARITZA PÁEZ ACOSTA
YUDY MARITZA PAEZ ACOSTA

Secretaria

C.C. 52.284.895 de Santafé de Bogotá D.C.



**CENTRO
ELECTRONICO
DE IDIOMAS**

Hace Fácil Aprender Otros Idiomas

Fundado en 1970

NIT: 830.043.858-8 RES: 4056 / 2004 - 110199 / 2010 - 15097 / 2010
Per. Jurid. - 3200 / 2003 S. ED.

ISO 9001: 2008

BUREAU VERITAS
Certification

No. CO232605



FUNDACION CENTRO ELECTRONICO DE IDIOMAS "FUNCEI"
(Educación Para El Trabajo y el Desarrollo Humano)

Autorización Oficial según resolución. 4056 del 29 de Septiembre de 2004 y su ampliación 1157 de abril 3 del 2006 de la Secretaria de educación de Bogotá, Ampliación 15097 del 07 de septiembre de 2010, y su nueva ampliación 15004 del 27 de enero de 2016, certificados en calidad y normas NTC 5580 y 5555.

Consecutivo N°: 957

CERTIFICA QUE EL ALUMNO (A)

ESTEFANNY DIAZ COLORADO Identificada con **C.C N° 1.026.592.310** de Bogotá (Cundinamarca) curso y aprobó del Primer (I) Nivel al Tercer (III) Nivel. Correspondiente al programa de **CONOCIMIENTOS ACADÉMICOS EN EL IDIOMA INGLES.**

El programa tiene una duración de Año y medio; consta de doce niveles y un nivel de preparación para un examen internacional, cada nivel de 45 horas de cátedra y 25 horas de portafolio.

Durante su proceso curso y aprobó 135 Horas de cátedra y 75 horas de Portafolio, para un total de 210 Horas cursadas. Con los siguientes resultados académicos:

31 de Enero al 18 de Abril de 2015

ASIGNATURA	ESTADO	I.H.S	NOTA DEFINITIVA
Nivel 1 – 1A (I)	Aprobada	70	4.6
	Acumulados:	70	4.6

SEDES

www.centroelectronicodeidiomas.edu.co

CHAPINERO Tels: 4672793 / 4672794

NORMANDIA Tels: 2639066 / 7578280

SUBA Tels: 6814008 / 6824974

CEDRITOS Tels: 2581189 / 7020347

RESTREPO Tels: 2094545

QUIRIGUA Tels: 5376620 / 5388451

PLAZA LAS AMERICAS Tels: 4060165 / 4032679

CHÍA Tels: 8632060 / 8840708

AVALADOS POR:

LSD Universidad de Cambridge
Person S.A. de Inglaterra



**CENTRO
ELECTRONICO
DE IDIOMAS**

Hace Fácil Aprender Otros Idiomas

Fundado en 1970

NIT: 830.043.858-8 RES: 4056 / 2004 - 110199 / 2010 - 15097 / 2010
Per. Jurid. - 3200 / 2003 S. ED.

ISO 9001: 2008

BUREAU VERITAS
Certification

No. CO232605



25 de Abril al 11 de Julio de 2015

ASIGNATURA	ESTADO	I.H.S	NOTA DEFINITIVA
Nivel 2 - 1B (I)	Aprobada	70	4.2
	Acumulados:	70	4.2

18 de Julio al 26 de Septiembre de 2015

ASIGNATURA	ESTADO	I.H.S	NOTA DEFINITIVA
Nivel 3- 1C (I)	Aprobada	70	4.2
	Acumulados:	70	4.2

La presente se expide en Bogotá a solicitud del interesada a los Ocho (08) días del mes de Abril del 2016, Anotada en el folio 17 del libro dos

Cordialmente,


CENTRO
ELECTRONICO
DE IDIOMAS
NIT 830.043.858-8
RESOLUCION 4056/2004 PER. JURIDICA
3200/2003 S.E.D. ADMINISTRACION

SONIA SANCHEZ SANCHEZ
Directora Administrativa
Tel. 209 4466 - 209 4545

SEDES

www.centroelectronicodeidiomas.edu.co

CHAPINERO Tels: 4672793 / 4672794

NORMANDIA Tels: 2639066 / 7578280

SUBA Tels: 6814008 / 6824974

CEDRITOS Tels: 2581189 / 7020347

RESTREPO Tels: 2094545

QUIBIA Tels: 5376620 / 5388451

PLAZA LAS AMERICAS Tels: 4060165 / 4032679

CHÍA Tels: 8632060 / 8840708

AVALADOS POR:

LSD Universidad de Cambridge
Person S.A. de Inglaterra

Bogotá D.C

Señores:

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Estefanny Daza Colorado 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:

Bachiller Comercial
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

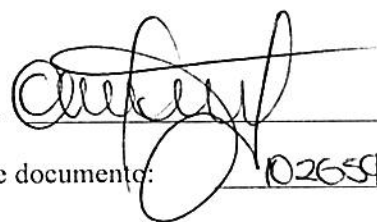
Firma

No. de documento:

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto:

Teléfono:



026592310 Bk

Cra 3 este 34a 24 sur

3133494236



FUMEFI SAS

BOGOTÁ DC



9 Agosto de 2016

FUMEFI SAS

A QUIEN INTERESE:

CORDIAL SALUDO:

FUMEFI SAS identificada con número de NIT: 900.806.660-6 en convenio con la **CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO**, NIT:900790014-6, RESOLUCIÓN N° 003697 DEL 29 DE OCTUBRE DE 2004 DE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE CUNDINAMARCA Y APROBACIÓN OFICIAL DEL MINISTERIO DE SALUD ACUERDO EJECUTIVO N° 058 DEL 16 DE MARZO DEL 2004. Hace constar que la señora **Estefany Díaz Colorado** identificado con C.C 1.026.592.310 de Bogotá, laboro en la empresa como secretaria de lunes a sábado, desde 16 de febrero hasta el 6 de agosto desempeñándose como una persona responsable, amable, puntual, constante.

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada en la ciudad de Bogotá a los 9 días del mes de Agosto de 2016.

Atentamente:

FUMEFI SAS


HECTOR MANUEL CHALA
DIRECTOR

NIT: 900806660-6

Seda principal: calle 40 sur #5-30 Este (barrio la victoria)

Contacto: 3143606143- 3125685586- 2065174

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.026.592.310**

DIAZ COLORADO

APELLIDOS

ESTEFANNY

NOMBRES

Estefanny Diaz

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

25-OCT-1997

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62

A+

F

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

05-NOV-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00769285-F-1026592310-20151128

0047564304A 1

45232043



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

ANUSCA
Modelo Único de Registro, Servicio y Control Automatizado

001

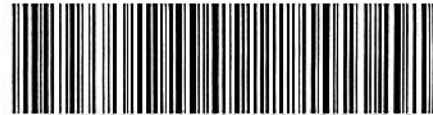
2. Concepto 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14385447342



(415)7707212489984(8020) 000001438544734 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 2 6 5 9 2 3 1 0

6. DV

3

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 0 2 6 5 9 2 3 1 0

27. Fecha expedición:

2 0 1 5 1 1 0 5

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

29. Departamento:

Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

DIAZ

32. Segundo apellido

COLORADO

33. Primer nombre

ESTEFANNY

34. Otros nombres

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

39. Departamento:

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 3 ESTE 39 A 24 SUR

42. Correo electrónico:

estefany9720@gmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

3 1 0 2 9 7 3 0 0 0

45. Teléfono 2:

4 7 2 4 6 7 7

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 2 1 1

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 6 0 8 1 7

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1 2

12- Ventas régimen simplificado

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

X

NO

60. No. de Folios:

1

61. Fecha:

2 0 1 6 0 8 1 7

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada

984. Nombre:

GARCIA ESCAMILLA FLOR ANGELA

985. Cargo:

CONTRIBUYENTE NIT 1026592310-3 ESTEFANNY DIAZ COLORADO

Información General

Dirección CR 3 ESTE 39 A 24 SUR

Teléfonos 4724677/3102973000

Dirección electrónica estefany9720@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 28/10/2016

Soporte Inscripción 22878527

Fecha Inicio Actividades 17/08/2016

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8211-ACTIVIDADES COMBINADAS DE
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE OFICINA

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001283651

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad Bogotá Fecha 13/08/2016
Nombre ESTEFANO Y DIAZ Colorado
Identificación 1026592310
Fecha de nacimiento 25/octubre/1997 Edad 18
Cargo Atención al usuario y formación
Género MASCULINO ☐ FEMENINO ☒
Empresa UPA de los Alpes
Empresa usuaria _____

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL

RESO ☒ PERIODICO ☐ EGRESO ☐ OTRO ☐

CONCEPTO

EX. INGRESO APTO ☒ APTO APLAZADO ☐ APTO CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐
EXAMEN PERIÓDICO SIN RESTRICCIONES ☐ CON RESTRICCIONES ☐
EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO ☐ NO SATISFACTORIO ☐

ESTADO INTEGRAL DE SALUD

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL examen medico satisfactorio

VISIONOMETRÍA _____

AUDIOMETRÍA _____

ESPIROMETRÍA _____

EXAMENES PARACLINICOS _____

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES signos vitales, palpitos

deprimidos laborales y signos de estatus

deprimidos y control de peso

Médico

Dr. Camilo Rey Pérez
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
R.M. 14858

Paciente

Nombre, firma y sello del médico

Registro médico 114388

Licencia en S.O. 14858

Firma del paciente

Nombre _____

Cédula _____

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: 2018-12-14 CIUDAD: BOGOTÁ DEPARTAMENTO: BOGOTÁ D.C.

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, 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 ☒ SERVIDOR PUBLICO ☐ OTRO ☐ CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: DIAZ SEGUNDO APELLIDO: COLORADO PRIMER NOMBRE: ESTEFANNY SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐ No IDENTIFICACION: 1026592310 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): BOGOTÁ FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 2015-11-05
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 1997-10-24 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): BOGOTÁ PAIS NACIMIENTO: COLOMBIA NACIONALIDAD: COLOMBIANA

ESTADO CIVIL: SOLTERO ☒ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ UNION ☐ PERSONA A CARGO: NUMERO DE HIJOS: TELEFONO CELULAR: 3135494236

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAESTR ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER ☐ OTRO ☐ PRIMARIA ☐ ILICUO ☐ CUAL: PROFESION / OFICIO: TECNICO EN ANALISI DISEÑO Y PROGRAMACION DE SISTEMAS

DIRECCION RESIDENCIA: CRA 3 ESTE 39 A 24 SUR CIUDAD RESIDENCIA: BOGOTÁ DEPARTAMENTO: BOGOTÁ PAIS RESIDENCIA: COLOMBIA TELEFONO RESIDENCIA: 4724677

CORREO ELECTRONICO: estefany9720@gmail.com PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☒ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐
SOCIO ☐ CONTRATISTA ☐ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ CUAL:
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ OTRO ☐

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA: SI ☐ NO ☒ IVA: SI ☐ NO ☐ ICA: SI ☐ NO ☐ CUAL: 8299 ACTIVIDAD ECONOMICA:

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 FORVIATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-FT- 011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
FUNCIONARIO PÚBLICO SI ☒ NO ☐		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS SI ☒ NO ☐		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSORTE ☐ TECNOLÓGICA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ OTRA ☐ CUAL: ☒		GUBERNIO ☐ ACTIVOS ☐ SALUD ☒		#NIT 900.959.051	
DIRECCION DE LA EMPRESA CRA 5 N 33 A 45 ESTE		TELÉFONO 2880519		CUIDAD/MUNICIPIO BOGOTÁ	
DEPARTAMENTO BOGOTÁ D.C.		PAÍS COLOMBIA			
CARGO ACTUAL		FACTURADOR DE HOSPITALIZACIÓN		FECHA VINCULACION 2016-09-01	
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	GASTOS FAMILIARES	ALQUILER		SALDO HIPOTECA	
TRIMONARIOS	ALQUILER	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ALQUILER	CUOTA VEHICULO	VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES	CUOTA VIVIENDA	PROPIEDADES		DEUDA HIPOTECAS	
OTROS INGRESOS*	OTROS EGRESOS*	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	TOTAL EGRESOS	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
	ALIMENTACION, ESTUDIOS Y PAGO DE SALUD				
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		
ALARCON	BOJACA	YEIMY	MARIEL		
DIRECCION	CUIDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR		
CALLE 35 C SUR 1 A 45 ESTE	BOGOTÁ/BOGOTÁ/COLOMBIA	AMIGO	3138356623		
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO	
DAVIVIENDA	AHORROS	2800237873	ESPECTADOR	1 800 0123838	
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 EXTRANJERA REALIZADAS: IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSACCIONES ☐ PRESTAMOS ☐ PAGOS SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:					
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/TONDOS					
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":					
1. Que los recursos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión): APOYO Y SOPORTE ADMINISTRATIVO FACTURACION DE URGENCIA					
2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique) 3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. 4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas. 5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma. 6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule(n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo. 7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.					

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
- NOTA:** Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACIÓN 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 PROVENIENTE DE OTROS PAÍSES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

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

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos y estadísticos, 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 INFORMACIÓN: 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 médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: 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.

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

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

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

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co, en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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


 Firma Cliente Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7**

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) ESTEFANNY DIAZ COLORADO identificado(a) con cedula ciudadanía 1.026.592.310 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 8 días del mes de Enero de 2.019

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
10614960

CER-AFI





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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ESTEFANNY DIAZ COLORADO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 1,026,592,310, se encuentra afiliado(a) al AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 08 días del mes de Enero de 2019.

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1026592310 BTA
Numero de Documento

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS
ARL

ESTEFANNT

Primer Nombre

Segundo Nombre

DIAZ

Primer Apellido

COLORADO

Segundo Apellido

25710/1997

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTA

Ciudad de Nacimiento

Carrera 3 este 39 a 24 sur

Dirección de Residencia

4724677

Teléfono Fijo

COMPENSAR

EPS - Salud

PORVENIR

AFP - Pensiones

1550,000

Honorarios

Apoyo y soporte a la gestion del proceso de facturacion- Hospitalizacion
Objeto Contractual (Cargo)

01/09/2016

Fecha Inicio del Contrato

estefany9720@gmail.com

Correo Electrónico

3102973000

Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119208978



WEB

09:29:55

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 14 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ESTEFANNY DIAZ COLORADO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1026592310:

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.

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 14 de diciembre de 2018, a las 09:31:52, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1026592310
Código de Verificación	1026592310181214093152

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





Bogotá D.C., 14 de Diciembre de 2018 - 10:14 am

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

CERTIFICA

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

1026592310

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
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: 12_HB4JC_1410

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



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:33:39 horas del 14/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° 1026592310

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



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



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

08/01/2019

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **ESTEFANNY DIAZ
COLORADO** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1026592310**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	0550002800237873
Saldo a la fecha	514,355.82 Pesos
Fecha de apertura	17/08/2016

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA