



Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro conéctase a la sesión.

El/los/as DIANA MARCELA QUIROGA HERNANDEZ,

DIANA MARCELA QUIROGA HERNANDEZ con el NIT 1023908859 creada

Si 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)

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

SIDEAPO
SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO QUIROGA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) HERNANDEZ	NOMBRES DIANA MARCELA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1023908859	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 1 MES JUL AÑO 1991 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 37 SUR 2 09 ESTE PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2070750 EMAIL quiroga.hernandez91@gmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO BACHILLER ACADÉMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	2009



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

SIDEAPO

Última Actualización: 17-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Centro Oriente	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	facturacion@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3444551	DÍA 1 MES 11 AÑO 2016		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
facturador	FACTURACION		

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	1	0
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	1	0

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento



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)

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

SIDEAP

Última Actualización: 17-dic-2018

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

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DIANA MARCELA QUIROGA HERNANDEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1023908859 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CALLE 37 SUR 2 09 ESTE

Teléfonos 3012763232 2070750

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
---------------------	------------------------	------------

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	\$ 18.600.000,00
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	\$ 18.600.000,00

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	006600682618	20 DE JULIO	\$ 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
-------------------	----------	-------

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

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

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

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

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

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

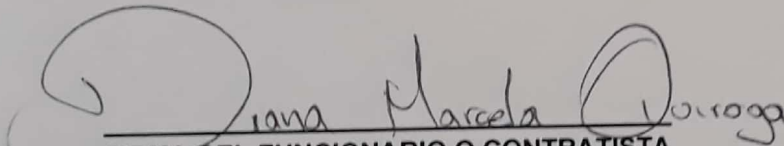
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 17-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
La Secretaría de Educación de Bogotá D. C.
y en su nombre es

Colegio Técnico Tomás Rueda Vargas

Institución Educativa Distrital

Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá D. C.
según Resolución No. 13.0196 del 26 de Noviembre de 2009

Confiero el Título de

Bachiller en Media Técnica

Especialidad FINANZAS - Gestión Financiera y Contable

“

Diana Marcela Quiroga Hernández

C.C. No. 1022998559 de Bogotá D. C.

Quiero certificar y aprobo los estudios correspondientes al nivel de Educación
Media Técnica conforme a las Normas Legales vigentes

Rectores

Secretarios



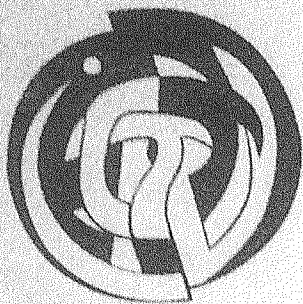
[Firma manuscrita]

Registros Antecedentes

Registros Antecedentes Acta No. 18 Folio No. 620

Este Título es un documento de importancia en la Secretaría de Educación, es obligatorio de llevar y exhibir
de conformidad con las Disposiciones No. 100 del 1 de Mayo de 2009 y No. 100 del 1 de Mayo de 2009

Quito en Bogotá D. C. a los 4 días del mes de Noviembre de 2019



Acta Individual de Grado
Colegio Técnico "Tomás Rueda Vargas"
Institución Educativa Distrital

Carrera 5ª Este No. 25-51 Sur - Tel. 206 22 20

Jornada Mañana

Inscripción S.E. : 2939

Dane: 111001-32283

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los cuatro (04) días del mes de Diciembre de 2009 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de la estudiante de último grado, la Rectora y Secretaria Académica de la Jornada Mañana, en la Rectoría del **COLEGIO TÉCNICO TOMÁS RUEDA VARGAS** Institución Educativa Distrital, aprobada en el nivel de Educación Media Técnica y Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de **BACHILLER EN MEDIA TÉCNICA**: en Especialidad **FINANZAS - Gestión Financiera y Contable** y Especialidad **INDUSTRIAL - Electricidad ó Electrónica**, según Resolución No. 04-0196 del 26 de Noviembre de 2009.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica se procedió a otorgar el Título de

BACHILLER EN MEDIA TÉCNICA
ESPECIALIDAD FINANZAS - GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE

al graduando cuyos Nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

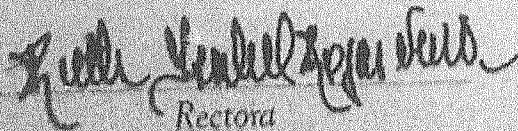
Diana Marcela Quiroga Hernández

C.C. No. 1023908859 de Bogotá D.C.

Es copia tomada del Acta original general No. 03 de fecha Diciembre 4 de 2009 en lo pertinente.

Firmada y sellada por RUTH ISABEL ROJAS NEIRA (Rectora) y
FANNY ESPINOSA PORRAS (Secretaria Académica) Jornada Mañana
Dada en Bogotá, D.C., a los 4 días del mes de Diciembre de 2009

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 70 del Decreto 180 de 1981.
No Requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994


Rectora

C.C. No. 21.069.817 de Usaquén


Secretaria

C.C. No. 31.557.684 de Bogotá



Acta Individual de Grado
Colegio Técnico "Tomás Rueda Vargas"
Institución Educativa Distrital

Carrera 5ª Este No. 25-51 Sur - Tel. 206 22 20

Jornada Mañana

Inscripción S.E. : 2939

Dane: 111001-32283

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los cuatro (04) días del mes de Diciembre de 2009 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de la estudiante de último grado, la Rectora y Secretaria Académica de la Jornada Mañana, en la Rectoría del **COLEGIO TÉCNICO TOMÁS RUEDA VARGAS** Institución Educativa Distrital, aprobada en el nivel de Educación Media Técnica y Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de **BACHILLER EN MEDIA TÉCNICA**: en Especialidad FINANZAS - Gestión Financiera y Contable y Especialidad INDUSTRIAL - Electricidad ó Electrónica, según Resolución No. 04-0196 del 26 de Noviembre de 2009.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica se procedió a otorgar el Título de

BACHILLER EN MEDIA TÉCNICA
ESPECIALIDAD FINANZAS - GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE

al graduando cuyos Nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Diana Marcela Quiroga Hernández

C.C. No. 1023908859 de Bogotá D.C.

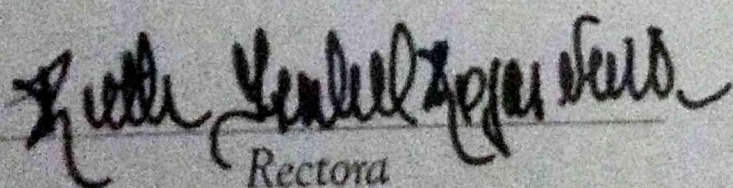
Es copia tomada del Acta original general No. 03 de fecha Diciembre 4 de 2009 en lo pertinente.

Firmada y sellada por RUTH ISABEL ROJAS NEIRA (Rectora) y
FANNY ESPINOSA PORRAS (Secretaria Académica) Jornada Mañana

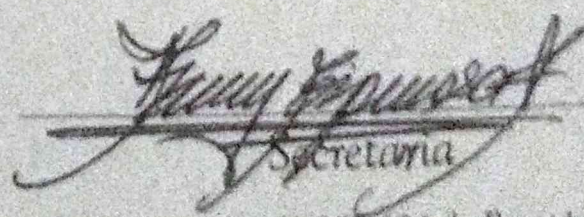
Dada en Bogotá, D.C., a los 4 días del mes de Diciembre de 2009

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

No Requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1.994


Rectora

C.C. No. 21.069.817 de Usaquén


Secretaria

C.C. No. 51.557.684 de Bogotá

Bogotá D.C

Señores:

Tomás Rueda Vargas 160

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF. autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Diana Marcela Quiroga Hernandez 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 Académico

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Diana Quiroga
No. de documento: CC 1'023'908'859 BTÁ

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: Cl 3A Sur 2 - OA Este

Teléfono: 3012763232

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.023.908.859

QUIROGA HERNANDEZ

APELLIDOS

DIANA MARCELA

NOMBRES

Diana Marcela Quiroga

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-JUL-1991

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

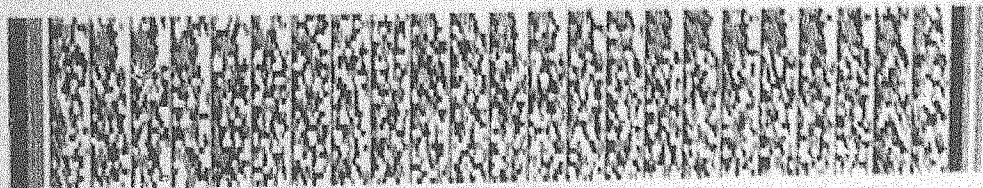
1.64
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

06-JUL-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

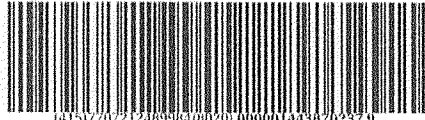
Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500152 00167993-F-1023908859-20090810

0014745390A 1

29111243

 DIAN <small>Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales</small>		Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		 ANLISC <small>Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado</small>		001																					
2. Concepto: 0 2 Actualización <small>Espacio reservado para la DIAN</small>				4. Número de formulario: 14438702379																							
				 <small>(415)7707212489984 (0020) 0000014438702379</small>																							
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 2 3 9 0 8 8 5 9		6. DV: 2		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 3 9 0 8 8 5 9		27. Fecha expedición: 2 0 0 9 0 7 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: QUIROGA		32. Segundo apellido: HERNANDEZ		33. Primer nombre: DIANA		34. Otros nombres: MARCELA																					
35. Razón social:																											
36. Nombre comercial:																											
37. Sigla:																											
UBICACION																											
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C. 1 6 9		40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 1 1		0 0 1																					
41. Dirección principal: CL 37 SUR 2 09 ESTE																											
42. Correo electrónico: quiroga.hernandez91@gmail.com		43. Código postal: 2 0 7 0 7 5 0		44. Teléfono 1: 3 0 1 2 7 6 3 2 3 2		45. Teléfono 2:																					
CLASIFICACION																											
Actividad económica				Ocupación																							
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos																					
46. Código: 8 2 9 9	47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 6 0 9 2 0	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1 2	51. Código:																					
Responsabilidades, Calidades y Atributos																											
53. Código:	1 2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26		
12- Ventas régimen simplificado																											
Obligados aduaneros														Exportadores													
54. Código:														55. Forma: 56. Tipo:													
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20														Servicio: 1 2 3													
														57. Modo: 58. CPC:													
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación																											
Para uso exclusivo de la DIAN																											
59. Anexos: SI NO X														60. No. de Folios: 0													
61. Fecha: 2 0 1 7 1 1 2 0																											
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 2772 de Noviembre de 2013 Firma del solicitante:														Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre: QUIROGA HERNANDEZ DIANA MARCELA 985. Cargo: CONTRIBUYENTE													



DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 20-12-2016

Hora: 2:46:37 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1023908859-2 DIANA MARCELA QUIROGA HERNANDEZ

Información General

Dirección CL 37 SUR 209 ESTE

Teléfono 3006587468

Dirección electrónica marcos0704@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha inscripción 20/09/2016

SupORTE inscripción 22499555

Fecha Inicio Actividades 20/09/2016

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera

Código de Verificación de Información: 16001487373

Fuente ICA TE TOCA

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

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



CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad Bogotá Fecha 22/11/2016
Nombre Diana Morale Deiroga
Identificación 1023908859
Fecha de nacimiento 1 Julio/1991 Edad 24
Cargo Administrativo
Género MASCULINO ☒ FEMENINO ☒
Empresa Unidad Sabalero
Empresa usuaria _____

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO ☒ 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 Médico Subsecuente
VISIONMETRÍA _____
AUDIOMETRÍA _____
ESPIROMETRÍA _____
EXAMENES PARACLINICOS _____
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES Pruebas oculares, audiológicas y Cardiológicas
Todo bueno

Médico

Dr. Camilo Rey Pérez

Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional

Nombre, firma y sello del médico

Registro médico 112383

Licencia en S.O. 19858

Paciente

Firma del paciente

Nombre Diana Morale Deiroga

Cedula 1102319091852

SL

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

FECHA:	2018-12-13	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca
--------	------------	---------	--------	---------------	--------------

Distiguado 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	☒	SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
-----------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------------	-------------------------------------	------------------	--------------------------	------	--------------------------	-------	--

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
QUIROGA	HERNANDEZ	DIANA	MARCELA
TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	1023908859	Bogota D.c.	2009/07/06
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1991/07/01	BOGOTA D.C	COLOMBIA	COLOMBIANA
ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASA ☐ DIVOR ☐ DO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	0	0	3012763232
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA			PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ TEG ☐ OGO ☐ BACHILLER ☒ OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐			CUAL: N/A

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CL 37 SUR 2 09 ESTE	BOGOTA S.C.	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	0
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
QUIROGA.HERNANDEZ91@GMAIL.COM	N/A		PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
N/A	N/A	N/A	N/A
TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	N/A	N/A	N/A
PASAPORTE ☐ OTRO ☐	CUAL: N/A	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☒	NACIONALIDAD: N/A

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: N/A
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA.... ☐	
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐ NO ☒
			ICA	SI ☐ NO ☒
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR
				SI ☐ NO ☒

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	
FUNCIÓN (PARTE PÚBLICA) ☐ SI ☒ NO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS ☐ SI ☒ NO		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☐		# NIT 900.959.051			
EXPORTACIONES ☐ AGRÍCOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGÍA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐		OTRA ☐ CUAL: ☒			
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA CARRERA 5 #33A-45		TELÉFONO 20880519		CIUDAD/MUNICIPIO BOGOTÁ D.C.	
DEPARTAMENTO CUANDINAMARCA		PAÍS COLOMBIA			
CARGO ACTUAL FACTURADOR URGENCIAS		FECHA VINCULACIÓN 2016/11/01			
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NÚMERO DE EMPLEADOS N/A	VENTAS ANUALES N/A	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA N/A	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD N/A	FECHA CONSTITUCIÓN N/A	TIPO SOCIEDAD N/A
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		PASIVOS	
SALARIOS \$ 0	GASTOS FAMILIARES \$ 600.000	ARRENDOS \$ 500.000	DEUDAS HIPOTECAS \$ 0	OTROS PASIVOS* \$ 0	
HONORARIOS \$ 1.620.000	ARRENDOS \$ 0	VEHÍCULOS \$ 0	TARJETAS DE CRÉDITO \$ 0	DEUDAS TERCEROS \$ 0	
COMISIONES \$ 0	CUOTA VIVIENDA \$ 0	PROPIEDADES \$ 0	DEUDAS VEHÍCULOS \$ 0	OTROS PASIVOS* \$ 0	
OTROS INGRESOS* \$ 0	OTROS EGRESOS* \$ 400.000	OTROS ACTIVOS* \$ 0	OTROS PASIVOS* \$ 0	OTROS PASIVOS* \$ 0	
TOTAL INGRESOS \$ 1.620.000	TOTAL EGRESOS \$ 1.500.000	TOTAL ACTIVOS \$ 0	TOTAL PASIVOS \$ 0		
DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS N/A		DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS N/A		DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS N/A	
6. REFERENCIAS PERSONALES (No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en horario laboral)					
PRIMER APELLIDO ACOSTA		SEGUNDO APELLIDO VERA		PRIMER NOMBRE JORGE	
DIRECCIÓN CARRERA 2 ESTE #5-16		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS BOGOTÁ, CUANDINAMARCA, COLOMBIA		TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSIÓN/CELULAR 3114410639	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD DAVIVIENDA		TIPO DE PRODUCTO AHORROS		NÚMERO 6600682618	
SUCURSAL SIETE DE AGOSTO		TELÉFONO 3383838			
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: ☐ SI ☒ NO					
NOMBRE ENTIDAD N/A		TIPO DE PRODUCTO N/A		NÚMERO N/A	
PAÍS/CIUDAD N/A		MONEDA N/A		MONTO PROMEDIO N/A	
DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS: IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PAGOS ☐ SERVICIOS ☐ OTRO ☐				CUAL: N/A	
8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS					
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":					
1. Que los recursos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.): APOYO TÉCNICO FACTURACIÓN/FACTURADOR URGENCIAS					
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 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 conceptos 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 regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

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

Declaro expresamente:

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

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidad mencionada a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE 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 INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de 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 (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail: sarlatf@subredcentroorientegov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)

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

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientegov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Lina Elvira

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Digital 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:	

Bogotá, Diciembre 17 de 2018

Señora:

QUIROGA HERNANDEZ DIANA MARCELA

CC. 1023908859 CL 37SUR 2 09ESTE - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Septiembre 26 de 2013. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
QUIROGA HERNANDEZ DIANA MARCELA	1023908859	C	Sep-26-2013	54	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
DIANA MARCELA QUIROGA HERNANDEZ	1023908859	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
DONUCOL SA	1023908859	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ

Director de Recaudo y Compensación

SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **QUIROGA HERNANDEZ DIANA MARCELA** identificado(a) con **CC** número **1.023.908.859** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 16 de marzo de 2010 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de diciembre de 2018.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2018121707424

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1023908859

Numero de Documento

SURAMERICANA

ARL

DIANA

Primer Nombre

MARCELA

Segundo Nombre

QUIROGA

Primer Apellido

HERNANDEZ

Segundo Apellido

01/julio/1991

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTA

Ciudad de Nacimiento

CL 37 SUR 2 09 ESTE

Dirección de Residencia

Teléfono Fijo

SALUD TOTAL

EPS - Salud

PROTECCION

AFP - Pensiones

1620000

Honorarios

FACTURACION

Objeto Contractual (Cargo)

01/11/2016

Fecha Inicio del Contrato

QUIROGA.HERNANDEZ91@GMAIL.COM

Correo Electrónico

3012763232

Celular

DIANA QUIROGA

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119267696



WEB

07:52:31

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 17 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) DIANA MARCELA QUIROGA HERNANDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023908859:

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 lunes 17 de diciembre de 2018, a las 07:54:34, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1023908859
Código de Verificación	1023908859181217075434

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., 17 de Diciembre de 2018 - 7:55 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 VEINTITRES MILLONES NOVECIENTOS OCHO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE**

1023908859

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 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_I12NU_557**

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 07:57:46 horas del 17/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1023908859**

Apellidos y Nombres: **QUIROGA HERNANDEZ DIANA MARCELA**

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.



República

Presidencia de la



Nacional

Ministerio de Defensa



Contratación

Portal Único de



Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.



CERTIFICADO

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

17/12/2018

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DIANA MARCELA QUIROGA HERNANDEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1023908859**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550006600682618
Fecha de apertura	23/09/2013

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA				
PROCESO SOLICITANTE:		FECHA:		Nº FOLIOS:
NOMBRE DEL CANDIDATO	DIANA MARCELA QUIROGA HERNANDEZ		DOCUMENTO:	1023908559
TELEFONO			ACTIVIDAD SOLICITADA:	
NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES). TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE				
B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO				
NECESIDAD DE PERSONAL OPS				
SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				
SI ☐ NO ☐				
C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO				
1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI	☒	
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI	☒	
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI	☒	
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☒	
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	☒	N/A ☐
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	☒	N/A ☐
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	☒	NO ☐
8	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☐	N/A ☒
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	☒	N/A ☐
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI	☒	N/A ☐
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	☒	
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CHU _____	SI	☒	
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☒	
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☐	N/A ☒
15	TARJETA PROFESIONAL	SI	☐	N/A ☒
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	☐	N/A ☒
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	☐	N/A ☒
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI	☐	N/A ☒
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	☐	N/A ☒
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☒	
21	CERTIFICADO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa)	SI	☐	N/A ☒
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	☐	N/A ☒
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGÍA (Medico, Enfermera, Bacteriologo, Citoistotecnologo, Histotecnologo) Resolución 2003 de 2014	SI	☐	N/A ☒
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI	☐	N/A ☒
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI	☐	N/A ☒
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	☐	N/A ☒
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI	☐	N/A ☒
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI	☐	N/A ☒
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI	☒	
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: _____	SI	☒	
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____	SI	☒	
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: _____)	SI	☒	
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒	
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒	
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒	
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒	
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI	☒	
D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN				
Vº/Bº Responsable Talento Humano		Fecha:		
Vº/Bº Dirección Talento Humano		Fecha:		

INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO		
TODA LA DOCUMENTACIÓN DEBE SER PERFECTAMENTE LEGIBLE (NÍTIDA)		
DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO		
1	SOPORTE DE INSCRIPCIÓN SECOP II	Adjuntar pantallazo de la inscripción como proveedor al SECOP II
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	Diligenciar el formato en medio magnético o manuscrito legible TODOS los campos Sección 1: Verificar que vaya registrado No. de documento; Sección 2: Registrar la información pertinente. Sección 3: Relacionar solamente la experiencia que tenga soporte en físico y cumpla como mínimo la experiencia requerida en el formato de necesidad. Se excluyen de certificación los hospitales que ahora hacen parte de la subred. Preferiblemente que no registren experiencia anterior al 2007. Sección 4: Totalizar la experiencia laboral y que especialmente esté incluida en la sección 3. Sección 5: Marcar con una X el manifiesto de causales de inhabilidad para ejercer cargos públicos. En caso de que se diligencie la opción "SI" no será posible realizar el contrato. Debe registrarse la fecha y firma del candidato (No es válido escribir el nombre en computador) Sección 6: No se diligencia ningún campo.
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	Diligenciar todos los campos incluyendo los familiares en primer grado de consanguinidad. Marcar con una X la casilla de actualización. En el literal A debe diligenciarse el valor de los ingresos percibidos en todo el año 2016. Relacionar como mínimo la cuenta bancaria en la que la subred consigna los honorarios. Relacionar los bienes que se posean. Relacionar obligaciones (deudas) si las tienen. Si están casados o tienen sociedad conyugal de hecho deben diligenciar los datos del cónyuge. Firmar (No es válido escribir el nombre en computador) Registrar la fecha)
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	Deben ser legibles y completos. Los profesionales NO deben anexar documentos de bachiller. Para médicos y Odontólogos especialistas y Sub-especialistas aportar el título académico respectivo.
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	Solamente deben anexarse los relacionados con el cargo y que se encuentren vigentes (solo los realizados en los últimos 10 años máximo)
7	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	No aplica para estudios realizados en Colombia. Anotar en las observaciones el No de registro y la fecha.
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	Diligenciar todos los campos: nombre de la institución, nombre de quien hace la solicitud, título obtenido y datos de contacto Solamente para técnicos y profesionales (no aplica para bachilleres, ni para cursos no formales) Solamente debe diligenciarse el de los estudios que soportan el cargo a cubrir (si se requiere como profesional universitario y ha realizado posgrados, solo diligencia el de la formación de pregrado).
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA	Anexar solamente los registrados en la hoja de vida y que demuestren la experiencia solicitada. No son válidas las copias de contratos, ni certificaciones sin logos, sellos o teléfono y dirección de contacto de la empresa.
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIU _____ FECHA _____	Verificar que la actividad económica tenga relación con las actividades a desempeñar en la Subred y que los datos de identificación y ubicación estén vigentes. Si no es así debe ser actualizado. No hay restricción de que en el formato haya registrada más de una actividad económica.
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	Verificar que la actividad económica relacionada sea la misma que se requiere para el ejercicio del cargo y relacionada en el RUT
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	Solo aplica para menores de 50 años. Para personas que no la tengan, deben presentar un soporte actualizado de que se está realizando el trámite y firmar el compromiso de entregar la libreta como máximo en 18 meses.
14	TARJETA PROFESIONAL	Para profesionales. En caso de estar en trámite firmar compromiso de entrega en máximo 3 meses.
15	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	Todo personal que preste sus servicios de en el área asistencial debe realizar el registro ante la SDS y anexar el soporte.
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	Todo personal de salud debe realizar el registro ante la SDS y anexar el soporte.
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	Solo para profesionales en Medicina, Enfermería, Odontología y Derecho. En caso de estar en trámite firmar compromiso de entrega en máximo 2 meses.
18	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes/ 6 meses / 1 año - 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	El esquema completo (3 dosis) tiene vigencia de 10 años. En caso de no contar con las 3 dosis debe presentar titulaciones y se revisará: *Si el resultado está entre 0 y 4,9 debe reiniciar el esquema, presentar al menos la primera dosis y firmar el compromiso de entregar copia de cada nueva dosis aplicada hasta completar el esquema. *Si el resultado está entre 5 y 9,9 debe aplicarse un refuerzo, presentar el soporte y firmar el compromiso de entregar nueva titulación en 60 a 90 días. *Si el resultado está entre 10 y 99 tiene vigencia de 6 meses *Si el resultado está entre 100 y 999 tiene vigencia de 2 años. *Si el resultado está entre 1000 y 9999 tiene vigencia de 5 años. *Si el resultado es mayor a 10000 tiene vigencia de 6 años. *** Después pasada la vigencia debe aplicar refuerzo Aplica para personal administrativo que preste servicios al usuario en las sedes asistenciales (orientadores, trabajadoras sociales, personal de PQR, entre otros)
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	Verificar fecha de emisión. Tiene validez de 3 años máximo
20	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años Verificar fecha de emisión. Tiene validez de 4 años máximo
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	Requerido para Personal Asistencial, Auxiliar Ambulancias, todo el personal de atención domiciliaria, NO MÉDICOS. Tiene vigencia de 2 años. Médico y odontólogo que realice procedimientos bajo sedación Grado I y II, personal asistencial del servicio de Internación Hospitalaria y Parcial para la Atención al Consumidor de Sustancias Psicoactivas

22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental(psiquiatra, enfermera, y medico general, personal APH)	Requerido para médicos de urgencias, personal de atención ambulatoria de SPA y salud mental (psiquiatría, enfermera y médico general) personal APH ,Medico general de servicio de Hemodialisis. Tiene vigencia de 2 años
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	Solo para conductores de ambulancia, personal no asistencial del servicio de Internación Hospitalaria y Parcial para la Atención al Consumidor de Sustancias Psicoactivas
24	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA EL USO CLÍNICO Y PRÁCTICO DE OXIDO NITROSO. (Odontólogos)	Requerido para Odontólogos que realizan sedación en odontología con este gas
25	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS Y SISTEMAS DE GASES MEDICINALES. (Profesional, Tecnólogo o Técnico)	Requerido para personal de mantenimiento de equipos biomédicos
26	CERTIFICADO DE FORMACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL EN ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES.	Requerido para personal asistencial de los servicios de Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa.
27	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE INMUNOBIOLOGICOS. (Auxiliar Enfermería)	Requerido para Auxiliares de Enfermería de los Servicios de Vacunación Intramural y Extramural
28	CERTIFICACIÓN ACADÉMICA DE CADA UNA DE LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS OFERTADAS (Profesional medicina)	Requerido para médicos de los servicios de medicina alternativa.
29	CONSTANCIA DE ASISTENCIA A CURSOS O ACTIVIDADES DE FORMACIÓN EN ASUNTOS DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON EL SISTEMA DE SELECCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS, " TRIAGE	Requerido para personal responsable del Triage según Resolución 5596 de 2015
30	CAPACITACIÓN PERSONAL EN EMERGENCIA OBSTETRICA (Personal asistencial)	Requerido para personal asistencial de Urgencias y servicios Obstétricos por Modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud)
31	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE MUESTRA (Enfermera y Auxiliar I Enfermería)	Requerido para enfermera y auxiliar de enfermería de los servicios de hospitalización, urgencias y quirúrgicos, Laboratorio Clínico.
32	CERTIFICADO DE FORMACIÓN ACADÉMICA EN LOS CONOCIMIENTOS DEL MANEJO E INTERPRETACIÓN DEL ULTRASONIDO (Medico con especialidad medico-quirúrgica)	Requerido para médicos con especialidad médico-quirúrgica, que en su formación académica hayan adquirido los conocimientos del manejo e interpretación del ultrasonido.
33	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN LA REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO OFERTADO Y SOPORTE VITAL BÁSICO PARA DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR NO INVASIVO (Enfermera)	Requerido para procedimientos de Diagnóstico Cardiovascular No Invasivo
34	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA EL MANEJO DE TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA.(Bacteriología)	Requerido para Bacteriología del Servicio Transfusional
35	CERTIFICADO DE FORMACIÓN DEL PROCESAMIENTO DE LAS TÉCNICAS ESPECIALIZADAS OFERTADAS EN LABORATORIO CLÍNICO (Bacteriología)	Requerido para servicios especializados en áreas del Laboratorio Clínico.
36	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGÍAS. (Médico o enfermera o bacteriólogo o citohistotecnólogo o histocitotecnólogo.)	Requerido para personal involucrado en la toma de muestra citología cervico uterina
37	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN DEL PACIENTE NEONATAL ((medicos, enfermeras, auxiliares terapéuticos y nutricionista)	Requerido para el personal asistencial de servicio Cuidado Básico Neonatal, Cuidado Intermedio Neonatal, excepto el médico especialista
38	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN EL CONTROL DEL PACIENTE EN SALUD MENTAL.(Médico general, enfermeras, auxiliares y terapéuticos)	Requerido en Servicio de Internación Parcial, Hospitalización en salud Mental a excepción del médico Psiquiatra
39	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN CLÍNICA. (Psicólogo)	Requerido en Servicio de Internación Parcial, Hospitalización en Salud Mental, Internación Hospitalaria y Parcial para la Atención al Consumidor de Sustancias Psicoactivas
40	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN DEL PACIENTE DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO (enfermeras, auxiliares terapéuticos y nutricionista)	Requerido para personal asistencial a excepción de los especialistas en cuidado intensivo.
41	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN CONTROL DEL PACIENTE DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS. (Medico General)	Requerido para médico general del Servicio Cuidado Intermedio adulto
42	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN DEL PACIENTE DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS (enfermeras, auxiliares terapéuticos y nutricionista)	Requerido para todo el personal (enfermeras, auxiliares terapéuticos y nutricionista) del servicio a excepción de los especialistas en medicina crítica y cuidado intensivo.
43	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL. (Enfermera)	Requerido para enfermera del servicio Cuidado Intensivo Neonatal a excepción que se tenga postgrado de cuidado intensivo neonatal
44	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN DEL PACIENTE NEONATAL.(Enfermeras, auxiliares terapéuticos y nutricionista)	Requerido para todo el personal asistencial (enfermeras, auxiliares terapéuticos y nutricionista) del servicio Cuidado Intensivo Neonatal excepto los especialistas en neonatología.
45	CERTIFICADO DE LA FORMACIÓN DE LA GESTIÓN OPERATIVA DE LA DONACIÓN (Médico especialista en Cuidado Intensivo Pediátrico, médico especialista en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo)	Requerido para médicos especialistas los servicios de Cuidado Intensivo Pediátrico y Adulto
46	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN DEL PACIENTE DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO (enfermeras, auxiliares terapéuticos y nutricionista)	Requerido para todo el personal (enfermeras, auxiliares terapéuticos y nutricionista) del servicio de Cuidado Intensivo Pediátrico a excepción de los especialistas en cuidado intensivo.
47	CERTIFICADO DE FORMACIÓN DEL CONTROL DEL PACIENTE DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS. (Enfermera)	Requerido para enfermera a excepción de que se tenga postgrado medicina crítica y cuidado intensivo
48	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN DEL PACIENTE DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS ((enfermeras, auxiliares terapéuticos y nutricionista)	Requerido para todo el personal (enfermeras, auxiliares terapéuticos y nutricionista) del servicio cuidado intensivo adultos, a excepción de los especialistas en medicina crítica y cuidado intensivo.
49	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN INSERCIÓN Y RETIRO DE IMPLANTE SUBDÉRMICO (Enfermera)	Requisito de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud , para la prestación de servicios de protección específica y detección temprana.
50	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ASESORIA VIH (Enfermera)	Requisito de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud , para la prestación de servicios de protección específica y detección temprana.
51	CERTIFICACIÓN DE FORMACIÓN EN EMERGENCIA OBSTETRICA (Personal asistencial de los servicios de Obstetricia y Urgencias)	Requisito para personal asistencial de los servicios de urgencias y obstétricos por Modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud)
52	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN CONTROL DE LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN DIÁLISIS RENAL (Medico general)	Requisito para médico general de servicios de Hemodialisis
53	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN DEL PACIENTE EN DIÁLISIS RENAL (enfermera y Auxiliar de enfermería)	Requisito para enfermera y/o auxiliar de enfermería que prestan servicios de Hemodialisis Extramural en Servicios de Unidad de Cuidado Intensivo u Hospitalización
54	CERTIFICADO DE FORMACIÓN DE LA TERAPIA ALTERNATIVA OFERTADA EN EL ÁMBITO EXCLUSIVO DE SU DISCIPLINA.. (profesionales del área de la salud)	Requisito para profesionales del área de la salud que prestan servicios de terapias alternativas
55	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE FUNCIÓN PULMONAR(Enfermera, terapeuta respiratoria, fisioterapeuta o auxiliar de enfermería)	Requisito para Enfermera, terapeuta respiratoria, fisioterapeuta o auxiliar de enfermería disponibles en el Laboratorio Pulmonar
56	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE HEMODINAMIA (Cardiólogo)	Requisito para Cardiólogo del servicio de Hemodinamia se exceptúa médico especialista en hemodinamia o cirugía cardiovascular
57	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA LA ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SALUD MENTAL	Requisito para el talento humano asistencial del servicio de Internación Hospitalaria y Parcial para la Atención al Consumidor de Sustancias Psicoactivas , Atención al Consumidor Sustancias Psicoactivas y Atención Institucional No Hospitalaria al Consumidor De Sustancias Psicoactivas
57	CERTIFICADO DE LA FORMACIÓN PARA EL APOYO AL CUIDADO DEL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA. (Auxiliar enfermería)	Requisito para auxiliares de enfermería del servicio de atención domiciliar del paciente crónico con ventilador
58	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN EL MANEJO DE LA TECNOLOGÍA	Requisito para personal asistencial que presta directamente el servicio bajo la modalidad de telemedicina
59	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	Solo para conductores de vehículos y motos
60	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	Solo para conductores de vehículos y motos

61	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado	
62	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: _____	Vigencia máxima de 1 mes. Verificar que el certificado no diga beneficiario o amparado, debe decir cotizante independiente o mixto. Registrar el nombre de la EPS en el espacio correspondiente
63	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____	Con vigencia mínima de 1 mes. Registrar el nombre del fondo en el espacio correspondiente
64	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: _____	
65	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	Vigencia de máxima de 3 meses y que no cuente con inhabilidad vigente. Verificar que el nombre y número de cédula esté correcto
66	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	
67	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	
68	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	
69	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)	_____

