


1

	GESTIÓN JURÍDICA		Código: GJ-FR-011
			Versión: 2
	FORMATO INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTA - PERSONA NATURAL		Vigente: 2/10/2023
			Página: 1 de 1

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	07-02-2024			CORREO ELECTRÓNICO	julencayalc@hotmail.com		
PRIMER NOMBRE	Norma			SEGUNDO NOMBRE	Milena		
PRIMER APELLIDO	Ayala			SEGUNDO APELLIDO	Oyola.		
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	06-03-1976		LUGAR DE NACIMIENTO	Bogota	RH	0+	
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC	<input checked="" type="checkbox"/>	CE		NÚMERO DE DOCUMENTO	52086263	
LUGAR DE EXPEDICIÓN	Bogota		GENERO	femenino		EDAD	47
ESTADO CIVIL	Divorciada	NÚMERO DE HIJOS	1	TELÉFONO CELULAR	3183751475		TELÉFONO FIJO
DIRECCIÓN ACTUAL	Cra 23 Sur # 87-08 T1 Apt 1003			CIUDAD	Ibagué		
TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	¿CUAL?		
N° LIBRETA MILITAR (Cuando Aplique)				DISTRITO MILITAR (Cuando Aplique)			
PROFESIÓN				ESPECIALIZACIÓN			
NIVEL DE RIESGO SEGÚN ACTIVIDAD A DESEMPEÑAR	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4
N° TARJETA PROFESIONAL (Cuando Aplique)				FECHA DE EXPEDICIÓN			
EPS				FONDO DE PENSION(AFP)			
ARL				FUNCIÓN A DESEMPEÑAR			
ESPACIO PARA DILIGENCIAR POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO							
CONTRATO VIGENTE A LA FECHA DE RADICACION DE DOCUMENTOS	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NÚMERO DE CONTRATO		
TENGA EN CUENTA QUE NO DEBE HABER CONTRATOS CON UN MISMO OBJETO CONTRACTUAL EN EJECUCION SIMULTANEA.							
ESPACIO PARA DILIGENCIAR POR EL HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA ESE-AFILIACIÓN ARL PERSONA NATURAL							
CONTRATO NUMERO				FECHA DE SUSCRIPCIÓN (FIRMA)			
DURACIÓN DEL CONTRATO	MESES	<input type="checkbox"/>	DIAS	<input type="checkbox"/>			
FECHA DE INICIO CONTRATO				FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO			
FECHA DE INICIO COBERTURA ARL				FECHA DE TERMINACIÓN COBERTURA ARL			
VALOR							

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Escritorio

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

0

0

0

0

Suscripciones

En edición

Adjudicaciones pendientes

Invitaciones directas

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Última Actualización

Sugerencias SECOP

Ya está asociado a una empresa. Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensaje Todos

Sin mensajes... Más Información .

Oportun Recibidas

Sin oportunidades... Más Información .



6

Ibagué, 6 febrero de 2024

SEÑORES:

HOSPITAL FEDFERICO LLERAS ACOSTA

DOCTOR

LUIS EDUARDO GONZALEZ

GERENTE

E S D

La Ciudad

Respetados Señores:

Por medio de la presente me dirijo a ustedes con el fin de ofrecerles muy comedidamente nuestros servicios de instalación y operación de máquinas dispensadoras de alimentos y bebidas calientes, teniendo en cuenta que sería un servicio con el cual se podrían beneficiar los empleados y usuarios del HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA SEDE LIMONAR, Somos una alternativa en la que se puede implementar un servicio semejante al de una cafetería a cero costos y haciendo el uso mínimo de espacio (0.80cm por máquina) y 24 horas al día, 7 días a la semana; a continuación le presento nuestro portafolio.

En la actualidad las empresas grandes, medianas y pequeñas, públicas y privadas en Colombia buscan ofrecerles a sus empleados y público un mayor bienestar, por lo cual buscan proveedores integrales de servicios que cumplan con las características para suplir la mayor parte de sus necesidades, ofreciéndoles servicios de alta calidad y a precios competitivos. Con la visión de ser la mejor opción de negocio para su Unidad y reuniendo las características que exige el mercado, QUICK-MARKET es una empresa que le ofrece servicios oportunos, con procesos efectivos e innovadores.

Como empresa prestadora de servicios de **Vending** y reuniendo un amplio portafolio; QUICK-MARKET...así de fácil ; le ofrece beneficios y ahorros importantes para su operación por los siguientes aspectos:



1. Ustedes como empresa no deben realizar ningún tipo de inversión o incurrir en ningún costo para implementar o adquirir nuestros servicios; por el contrario QUICK-MARKET le generará un valor agregado a su Instituto.

2. En QUICK-MARKET les ofrecemos productos de alta calidad, un servicio excelente y de atención las 24 horas del día, sobre todo necesario en horas de la noche y la madrugada donde empleados y público no pueden acceder a otra alternativa.

3. Las soluciones de servicio de bebidas personalizadas de QUICK-MARKET pueden mantener a sus empleados con energía, motivados y en última instancia ayudar a su empresa a mejorar la productividad.

4. Además de diferentes tipos de café de oficina, el té caliente, el chocolate y otras bebidas calientes como: capuccino, mocaccino, café en leche y otros; la oferta de servicios de bebidas de QUICK-MARKET incluye agua, jugos naturales y otras bebidas saludables, té helado, bebidas energéticas, refrescos, bebidas gaseosas, sandwiches y mucho más...

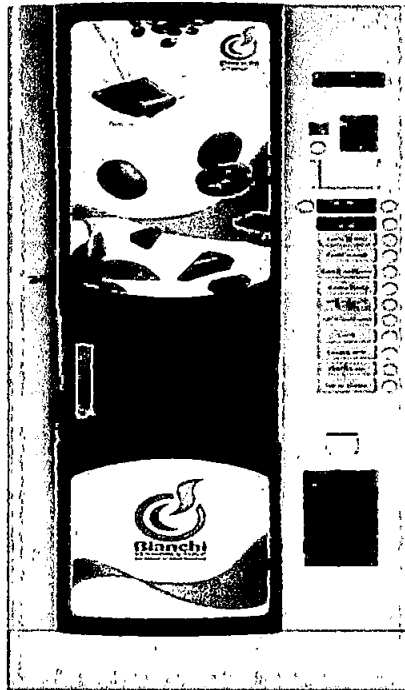
5. Con QUICK-MARKET, usted tendrá la flexibilidad para personalizar su programa para satisfacer las necesidades únicas de su empresa y los gustos de sus empleados y clientes; estamos preparados y dispuestos a realizar un programa de acuerdo al requerimiento de cada cliente.

7. Un día productivo en el trabajo se compone siempre de un poco de tiempo libre. Enfermeras, Médicos, Oficiales, Personal en general, Administración... todo el mundo necesita tomar un descanso de vez en cuando, y si ese lapso se traduce en el café, un refresco o un aperitivo, QUICK-MARKET puede proporcionar todo lo necesario para refrescar y favorecer realmente a sus empleados.

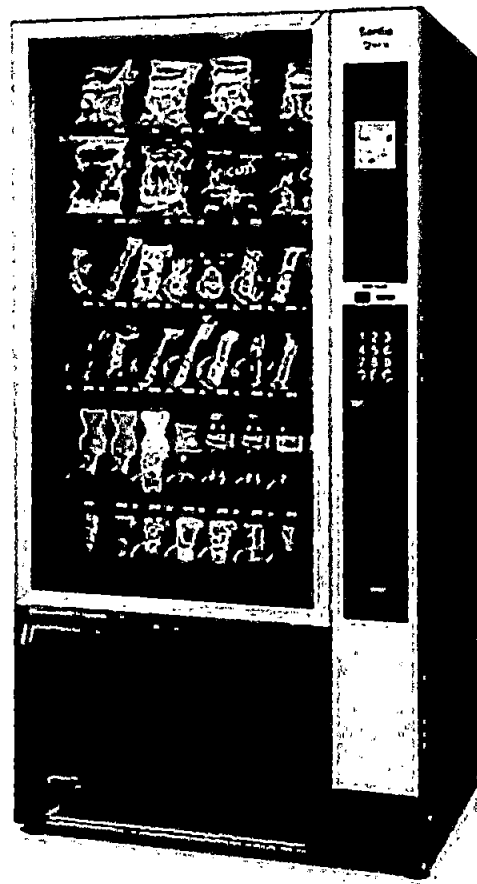
Por medio de la presente queremos darles a conocer de nuestros servicios de **VENDING SERVICES**, donde les ofrecemos : Aprovechamiento máximo de los espacios: menos de un metro cuadrado (0,80 cm) y acceso las 24/7 a los alimentos, bocadillos, y bebidas frescas, a precios razonables, siendo ésta una combinación perfecta para el ir y venir del estilo de vida de hoy donde las personas quieren encontrar facilidad y rapidez, para el máximo aprovechamiento del tiempo. Para esto tenemos a su disposición cierto tipo de máquinas dispensadoras que van de acuerdo a su requerimiento y a su demanda:

En nuestra máquina expendedora de café: les ofrecemos a sus empleados y al público en general la oportunidad de adquirir diferentes tipos de café y otras bebidas calientes de óptima calidad, tales como: café fuerte, café suave, capuccino, mocaccino, té, café en

leche, chocolate y otras; disfrutándolas en una vasos de papel de 6 onzas estilo cafetería.



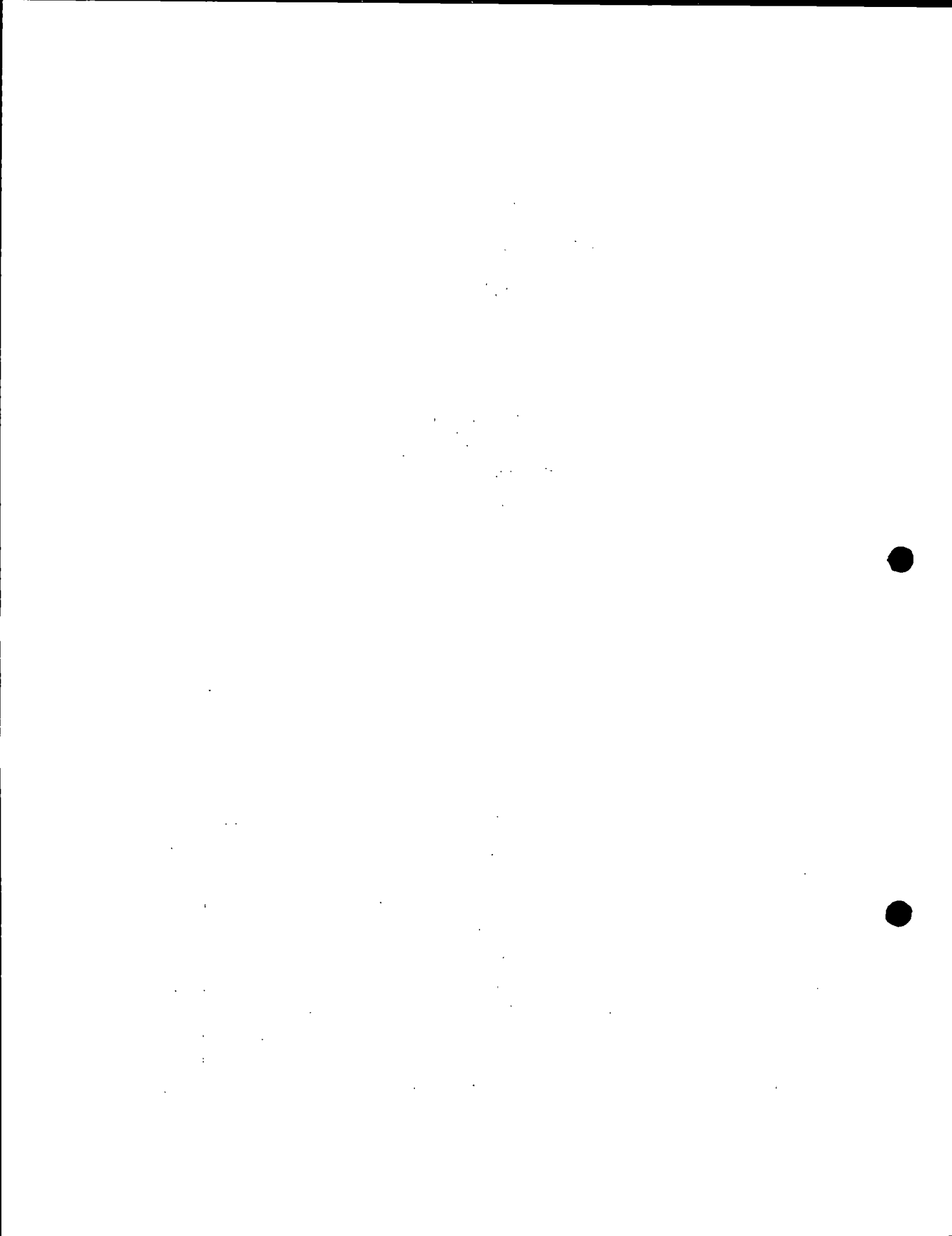
En nuestras máquinas de snacks: le ofrecemos la oportunidad de adquirir fácilmente y con rapidez los mejores productos de paquetes como: papas, chocolatinas, galletas, barras de cereal, bizcochos, mantecadas y ponqués entre otros tradicionalmente consumidos en nuestro mercado en general, así como bebidas frías : gaseosas, jugos, bebidas energizantes, yogures, agua con gas y sin gas; en general contamos con los recursos para ofrecerles a nuestros clientes, servicios integrales de Vending totalmente adaptados a las necesidades de cualquier entidad grande, mediana o pequeña.



Realmente contamos con precios competitivos, productos de alta calidad y de marcas reconocidas en el medio, servicio al cliente y cargas oportunas; pues nunca va a quedar la máquina con bajo inventario; realmente somos ...así de fácil !

Somos el resultado ideal para el estilo de vida de hoy en día "ON THE GO", pues nuestra sociedad avanza a pasos agigantados y estamos de la mano con aquellas empresas o compañías que quieren seguir este ritmo o dinámica que no se detiene.

Nuestra compañía le ofrece **SERVICIO AL CLIENTE**, donde tendremos una persona idónea dedicada a las máquinas que se ubique en su empresa y quien será responsable del mantenimiento y buen desempeño de las mismas, preocupándose por el abastecimiento óptimo y constante de las mismas para que siempre se cuente con los productos, alimentos y/o bebidas ofrecidas en las mejores condiciones de calidad y temperatura.



Somos una empresa con 10 años de experiencia en el montaje y operación de las máquinas dispensadoras, nuestro clientes , CLINICA TOLIMA, CLINICA AVIDANTI Y HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA SEDE LIMONAR, pueden dar referencias de nuestro servicio y operación.

Sin otro particular y en espera de poder prestarle nuestro mejor servicio, agradeciendo la atención prestada.

Atentamente


NORMA MILENA AYALA OYOLA

QUICK MARKET

Cel: 3183751475

quickmarket2013@gmail.com

15


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

IDENTIFICACION 52.085.263


AYALA OVOLA

APELLIDOS
NORMA MILENA

FECHAS



Norma Ayala




FECHA DE NACIMIENTO 06-MAR-1976

BOGOTA D.C.
(CIUDAD DE LA MARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA 0+ G.S. RH F SEXO

31-OCT-1984 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ENRIQUE GONZALEZ



A-2807600-00159837-F-0052028203-20000023 00127040CSA1 0000100144

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14841908100



(415)7707212489984(8020) 000001484190810 0



5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 2 0 8 6 2 6 3

6. DV

9

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Ibagué

14. Buzón electrónico

9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de identificación

5 2 0 8 6 2 6 3

27. Fecha expedición

1 9 9 4 | 1 0 | 3 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio

Bogotá D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

AYALA

32. Segundo apellido

OYOLA

33. Primer nombre

NORMA

34. Otros nombres

MILENA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sign

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Tolima

40. Ciudad/Municipio

Ibagué

0 0 1

41. Dirección principal

CR 23 SUR 87 08 TO 1 AP 1003 CONJ SANTO DOMINGO

42. Correo electrónico

milenaayala1976@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 8 3 7 5 1 4 7 5

45. Teléfono 2

6 0 8 2 6 1 8 3 8 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código 47. Fecha inicio actividad

4 7 7 4 | 2 0 1 4 | 0 8 | 2 6

Actividad secundaria

48. Código 49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código 1 2

51. Código

3 2 2 6

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Modo 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI NO

60. No. de Folios: 0

61. Fecha 2022 - 07 - 27 / 17 : 34 : 47

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre AYALA OYOLA NORMA MILENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

(17)

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

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 06 de febrero de 2024, a las 15:36:19, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	52086263
Código de Verificación	52086263240206153619

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.


YEZID LOZANO PUENTES
Contralor Delegado



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 240863396



PIB
15:41:06
Hoja 1 de 01

18

Bogotá DC, 06 de febrero del 2024

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) NORMA MILENA AYALA OYOLA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 52086263:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la 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>

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relaciónamiento Con El Ciudadano

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.



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

79

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 04:15:44 PM horas del 06/02/2024, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 52086263

Apellidos y Nombres: **AYALA OYOLA NORMA MILENA**

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.



Dirección: Avenida El Dorado # 75
- 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a
Viernes 8:00 am a 12:00 pm y
2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: [dijin.araic-
atc@policia.gov.co](mailto:dijin.araic-atc@policia.gov.co)



DEPARTAMENTO
ADMINISTRATIVO DE LA
FUNCIÓN PÚBLICA

FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

20

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

Yo, Norma Milena Ayala Oyola,
IDENTIFICADO CON: C.C. 1 C.E. 2 T.I. 3 N° J2086263 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia Departamento Tolima Municipio Ibagué
Dirección Carretera #87-08 TIApt 1003 Teléfonos 3183751425

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
<u>JUAN JACOB RINCON AYALA</u>	<u>1016600678</u>	<u>Hijo</u>
<u>FLORA OYOLA DE AYALA</u>	<u>36150870</u>	<u>Madre</u>

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 LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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	<u>145.000.000</u>
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	—
GASTOS DE REPRESENTACION	—
ARRIENDOS	—
HONORARIOS	—
OTROS INGRESOS Y RENTAS	—
TOTAL	\$ <u>145.000.000</u>

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
<u>Bancolombia</u>	<u>ahorros</u>		<u>Estacion</u>	<u>718517854</u>
<u>Colpatria</u>	<u>ahorros</u>		<u>Estacion</u>	<u>5352046431</u>

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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** 1 **NO** 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

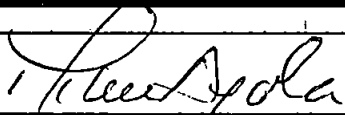
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION N°
	C.C. <input type="checkbox"/> 1 C.E. <input type="checkbox"/> 2 T.I. <input type="checkbox"/> 3

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

 CIUDAD Y FECHA

DAFP-GAP

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA
LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 9800-17770

FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES PERSONA NATURAL



Código: GA-FR-099	Fecha de elaboración: 16/12/2016	Fecha de actualización: 05-06-17	Versión: 2	Página 1 de 2
----------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	------------	---------------

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	DIA: 06	MES: 02	AÑO: 2024	CIUDAD: Ibague
---------------------------	---------	---------	-----------	----------------

Importante: Este formato debe quedar completamente diligenciado y en letra imprenta. Por lo anterior en aquellos espacios en los cuales no tenga información para relacionar por favor escribir N.A (No Aplica).

1. INFORMACION GENERAL

PRIMER APELLIDO Ayala	SEGUNDO APELLIDO Oyola	NOMBRES Norma Milena
--------------------------	---------------------------	-------------------------

TIPO DE IDENTIFICACION (CC: cedula de ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, PA: Pasaporte, TI: Tarjeta de Identidad, TE: Tarjeta de Extranjería, RC: Registro Civil)	SEXO
CC <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> No. 52086263	X

FECHA DE EXPEDICIÓN	LUGAR DE EXPEDICIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO
DIA: 31 MES: 11 AÑO: 1994	Boyotán	DIA: 06 MES: 03 AÑO: 1976	Boyotán

NACIONALIDAD 1 Colombiana	NACIONALIDAD 2	OCUPACION / OFICIO Independiente	PROFESION
------------------------------	----------------	-------------------------------------	-----------

DIRECCION RESIDENCIAL Cra 23 Sur # 87-08 TIAOTCOB	DEPARTAMENTO Tolima	CIUDAD Ibague
--	------------------------	------------------

CORREO ELECTRONICO milenaayala1976@hotmail.com	TELEFONO FIJO 3183751475	CELULAR 3183751475
---	-----------------------------	-----------------------

POR SU CARGO O ACTIVIDAD	EN CASO AFIRMATIVO FAVOR ESPECIFIQUE:
1. ¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	_____
2. ¿GOZA DE RECONOCIMIENTO PUBLICO GENERAL? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	_____
3. ¿EJERCE ALGUN GRADO DE PODER PUBLICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	_____

EXISTE ALGUN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA PUBLICAMENTE EXPUESTA? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
¿Cuál? _____

2. INFORMACION FINANCIERA

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	¿Cuál? _____
EXPORTACIONES <input type="checkbox"/> INVERSIONES <input type="checkbox"/> ENVÍO Y/O RECEPCION DE GIROS <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIAS <input type="checkbox"/>	_____
IMPORTACIONES <input type="checkbox"/> PRESTAMOS <input type="checkbox"/> PAGO DE SERVICIOS <input type="checkbox"/> OTRA? <input type="checkbox"/>	_____

3. DECLARACION DE ORIGEN DE BIENES Y/O FONDOS

DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO EN ESTE FORMATO ES VERAZ Y VERIFICABLE Y QUE TODOS LOS RECURSOS Y BIENES QUE POSEO LOS HE ADQUIRIDO DE MANERA LICITA.

4. AUTORIZACION PARA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN

Declaro que para efectos de vinculación con el HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E, el suscrito ha suministrado datos personales.

En consecuencia autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a que realicen el tratamiento de los mismos para los fines que sean necesarios en la prestación del servicio correspondiente así como a la circulación o transferencia de ellos todo, aun en el caso que no se llegare a formalizar la relación contractual o laboral o la misma hubiere terminado. Así mismo autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial los relativos a los datos biometricos.

Autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a entregar o compartir la información con personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos.

Autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a entregar o compartir la información con personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos.

Declaro que conozco que las respuestas a las preguntas sobre datos sensibles son facultativas y que el Hospital me han informado los derechos que se tienen como titular de la información de acuerdo con la Ley y su manual de políticas que se encuentra disponibles en la pagina www.hfllerias.gov.co igualmente me comprometo a actualizar la información cuando sea necesario.

Autorizo al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E a entregar o compartir la información con personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos.

**FORMATO DE CONOCIMIENTO DE CLIENTES
PERSONA NATURAL**



Código: GA-FR-099	Fecha de elaboración: 16/12/2016	Fecha de actualización: 05-06-17	Versión: 2	Página 2 de 2
----------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	------------	---------------

5. DOCUMENTOS REQUERIDOS

- 1 Copia de la declaración juramentada de bienes y rentas del último año

6. FIRMA Y HUELLA

DECLARO HABER LEIDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO LO INDICADO Y EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Carlos Eduardo Hernandez R.
FIRMA Y CEDULA 52086263



HUELLA

7. VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN (ESPACIO RESERVADO SOLO PARA EL OFICAL DE CUMPLIMIENTO)

FECHA	DIA	MES	AÑO	HORA	04:02 PM
	08	02	2024		

LISTAS CONSULTADAS


REPORTA RESTRICCIÓN

- 1. OFFICE OF FOREIGN ASSETS CONTROL (OFAC)
Oficina de control de activos SI NO
- 2. LISTA CONSOLIDADA DE SANCIONES DEL CONSEJO DE SEGURIDAD DE LA NACIONES UNIDAS SI NO
- 3. LISTA LINEA INTERPOL SI NO
- 4. OTRAS OBSERVACIÓN: NO REPORTA RESTRICCIONES EN LAS LISTAS CONSULTADAS - SI NO

DEL SARLAFT/PADM. _____

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA Carlos Eduardo Hernandez R.	FIRMA <i>Carlos Eduardo Hernandez R.</i>	CARGO Profesional Universitario
---	---	------------------------------------

(22)

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION				 HOSPITAL Federico Lleras Acosta
CÓDIGO: GA-FR-138	Fecha de elaboración: 20-12-2018	Fecha de actualización:	Versión: 1	

DIVULGANTE: Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué E-S-E

RECEPTOR:

ROVEEDOR CONTRATISTA DE SERVICIOS [] T.H DE LA EMPRESA []
ESTUDIANTE [] RESIDENTE [] VISITANTE [] OTRO []
CUAL _____

Para lo cual se tienen las siguientes cláusulas:

PRIMERA.- Objeto. Reglamentar el uso de la información dispuesta por EL DIVULGANTE para el RECEPTOR, ya sea de forma oral, gráfica o escrita para el desarrollo de los procesos de Direccionamiento, Misionales y de Apoyo logístico del Hospital Federico Lleras Acosta ESE.

SEGUNDA.- USO El uso de la información, que en razón a sus funciones, conozca EL RECEPTOR por parte del DIVULGANTE, debe realizarse con responsabilidad, obligándose a mantener la más estricta confidencialidad respecto de dicha información.

2. EL RECEPTOR no podrá reproducir, modificar, hacer pública o divulgar a terceros la información obtenida en razón a sus funciones, y objeto del presente Acuerdo, sin previa autorización escrita y expresa del DIVULGANTE.

3. De igual forma, EL RECEPTOR adoptará respecto de la información objeto de este Acuerdo y conocida en razón de sus funciones, las mismas medidas de seguridad que adoptaría normalmente respecto a la información confidencial de su propiedad, evitando en la medida de lo posible su pérdida, robo o sustracción.

TERCERA.- Sin perjuicio de lo estipulado en el presente Acuerdo, ambas partes aceptan que la obligación de confidencialidad no se aplicará en los siguientes casos:

- a) Cuando la información se encontrara en el dominio público en el momento de su suministro al RECEPTOR o, una vez suministrada la información, ésta acceda al dominio público sin infracción de ninguna de las estipulaciones del presente Acuerdo.
- b) Cuando la legislación vigente o un mandato judicial exija su divulgación. En ese caso, EL RECEPTOR notificará al DIVULGANTE tal eventualidad y hará todo lo posible por garantizar que se dé un tratamiento confidencial a la información.

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y NO DIVULGACION DE INFORMACION				
CÓDIGO: GA-FR-138	Fecha de elaboración: 20-12-2018	Fecha de actualización:	Versión: 1	Página 2 de 2



CUARTA.- Los derechos de propiedad intelectual de la información objeto de este Acuerdo pertenecen al DIVULGANTE y el hecho de revelarla al RECEPTOR para el fin mencionado en la Estipulación Primera no cambiará tal situación.

En caso de que la información resulte revelada o divulgada o utilizada por EL RECEPTOR de cualquier forma distinta al objeto de este Acuerdo, ya sea de forma dolosa o por mera negligencia, habrá de indemnizar al DIVULGANTE los daños y perjuicios ocasionados, sin perjuicio de las acciones civiles o penales que puedan corresponder a este último.

QUINTA.- Las partes se obligan a devolver cualquier documentación, antecedentes facilitados en cualquier tipo de soporte y, en su caso, las copias obtenidas de los mismos, que constituyan información amparada por el deber de confidencialidad objeto del presente Acuerdo en el supuesto de que cese la relación entre las partes por cualquier motivo.

Y en señal de expresa conformidad y aceptación de los términos recogidos en el presente Acuerdo, lo firman las partes:

Fecha: 06-02-2024 Ciudad: Ibagué

DIVULGANTE

HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUÉ E-S-E

RECEPTOR

NOMBRE: Norma Milena Ayala Oyola.

No. C.C : 52086263 Btu'

FIRMA: [Signature]

AUTORIZACION PARA RECOLECCION Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES				
CODIGO: GA-FR-136	Fecha de elaboración: 20/12/2018	Fecha de actualización:	Versión: 1	Página 1 de 2



En cumplimiento de lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 reglamentada por el Decreto 1377 de 2013, sobre la protección de datos personales el responsable del tratamiento de sus datos personales es el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E. Ibagué-Tolima, identificado con Nit: 890,706,833-9, ubicado en la Calle 33 No. 4A - 50 de la ciudad de Ibagué, y, en tal virtud, podrá directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolectar, almacenar, usar, poner en circulación o suprimir la información personal suministrada, en los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital para las finalidades establecidas en la presente autorización.

Por favor marcar según corresponda:

Aspirante
 Estudiante
 Pacientes y Acompañantes
 Proveedores y Contratistas
 Veedor
 Empleado o Ex empleado
 Otro Cual? _____

GENERALES	<p>La ejecución del contrato suscrito con cualquier persona que se encuentre en relación con EL HOSPITAL.</p> <p>Pago de obligaciones contractuales.</p> <p>Envío de información a entidades gubernamentales o judiciales por solicitud expresa de la misma.</p> <p>Soporte en procesos de auditoría externa/interna.</p> <p>Envío/recepción de mensajes con fines comerciales, publicitarios y/o de atención al cliente.</p> <p>Registro de la información de los candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros en la base de datos de EL HOSPITAL.</p> <p>Contacto con candidatos, usuarios, pacientes, empleados, proveedores y/o terceros para el envío de información relacionado con la relación contractual, comercial y obligacional a que haya lugar.</p> <p>Recolección de datos para el cumplimiento de los deberes que como Responsable de la información y datos personales que le corresponda a EL HOSPITAL.</p> <p>Con propósitos de seguridad o prevención de fraude.</p> <p>Actualización de datos entregados por el Titular.</p> <p>Mantenimiento de usuarios y cualquier otra información que resulte en el desarrollo del contrato o la relación entre el Hospital de los datos y EL HOSPITAL.</p>
Además de las finalidades generales, existen finalidades particulares, atendiendo a la relación que tienen los titulares de los datos personales con el Hospital Federico Lleras Acosta E.S.E., como a continuación se describen	
ASPIRANTES	<p>Cumplir con el proceso de afiliación al Sistema General de Seguridad Social Integral.</p> <p>Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización.</p> <p>Realización de procesos de elección y promoción interna.</p>
ESTUDIANTES	<p>Para fines investigativos, científicos, formativos y educativos.</p> <p>Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de convenios Docencia-Servicio.</p> <p>Realización de publicaciones internas y externas.</p> <p>Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.</p>
PACIENTES Y ACOMPAÑANTES	<p>Validar la información en cumplimiento de las exigencias legales</p> <p>Para el tratamiento de los datos personales protegidos por nuestro ordenamiento jurídico</p> <p>Para el tratamiento y protección de los datos de contacto (direcciones de correo físico, electrónico, redes sociales y teléfono).</p> <p>Para solicitar y recibir de las instituciones y entidades de derecho público y/o empresas de carácter privado la información personal, financiera, académica, laboral y de seguridad social, que reposa en sus bases de datos.</p> <p>Preservar y conservar los datos clínicos y médicos por el tiempo que ordene la ley o por mandato de autoridad competente.</p> <p>Almacenar los datos contenidos en la historia clínica del paciente para el cumplimiento de los servicios médicos y hospitalarios.</p> <p>Obtener datos fundamentales para la investigación médica, clínica y epidemiológica; al igual que la identificación de avances clínicos, científicos y tecnológicos.</p> <p>Ofrecer información sobre campañas educativas y programas especiales relacionados con la promoción y prevención en salud.</p> <p>Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias del Hospital</p> <p>Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad.</p> <p>Obtener datos fundamentales para la investigación clínica y epidemiológica.</p> <p>Lograr una eficiente comunicación relacionada con nuestros servicios y alianzas, por diferentes medios.</p> <p>Ofrecer información sobre campañas, programas especiales.</p> <p>Informar e invitar a campañas de mercadeo, promoción de servicios y educación al usuario.</p> <p>Realizar encuesta de satisfacción de servicios y atenciones prestadas.</p> <p>Elaboración de informes a las autoridades legales competentes de problemáticas sociales identificadas en el proceso de Atención, Abuso sexual, violencia intrafamiliar, Abandono Social y maltrato infantil.</p> <p>Diligenciamiento de estudio socioeconómicos de acuerdo a situaciones sociales presentadas</p> <p>Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones y sugerencias.</p> <p>Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por la institución.</p>
PROVEEDORES Y CONTRATISTAS	<p>Mantener una comunicación con los titulares de los datos personales, relativa al desarrollo de las actividades propias de la entidad de acuerdo a los perfiles de cada tipo de base de datos que posea la entidad.</p> <p>Realizar labores y gestiones de mercadeo para efectos de mejorar los servicios prestados por la entidad y mejorar el relacionamiento con proveedores y contratistas.</p> <p>Mantener un consolidado de los usuarios del dominio web y la realización de estadísticas, encuestas y demás actividades tendientes a la consecución de indicadores o información relevante para el cumplimiento del objeto social.</p> <p>Cumplir con las obligaciones legales y contractuales en las que se requiera recaudar información personal mediante la elaboración de Bases de Datos para efectos de control, supervisión y auditorías, y proyectos llevados a cabo por la entidad.</p> <p>Evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por HOSPITAL.</p> <p>Desarrollar el objeto social de HOSPITAL conforme a sus estatutos</p>

AUTORIZACION PARA RECOLECCION Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES				
CODIGO: GA-FR-136	Fecha de elaboración: 20/12/2018	Fecha de actualización:	Versión: 1 Pagina 2 de 2	

EMPLEADOS Y EX EMPLEADOS	<p>Cumplir lo dispuesto por el ordenamiento jurídico colombiano en materia laboral y de seguridad social, entre otras, aplicables a empleados, ex empleados, empleados en misión, empleados temporales, empleados actuales y candidatos a futuro empleo.</p> <p>Almacenar la información concerniente a la hoja de vida de cada uno de los empleados y ex empleados.</p> <p>Realización de publicaciones internas y externas.</p> <p>Apertura de acceso a plataformas tecnológicas propias de la organización.</p> <p>Brindar información a empresas que solicitan verificar datos laborales de los empleados para autorización de créditos de dinero o créditos comerciales. (Previa verificación de fuente y uso de datos, se debe centrar en la verificación más no en el suministro de la información).</p> <p>Ser contactado directamente en caso de ser requerido, en razón de sus funciones.</p> <p>Detectar las necesidades de capacitación e implementar acciones que permitan el desarrollo de los centros de excelencia y la alta complejidad del Hospital.</p> <p>Emitir certificaciones relativas a su condición de empleado, tales como certificados de ingresos y retenciones, constancias laborales, entre otros.</p> <p>Informar y conformar procesos de elección y promoción interna.</p>
VEEDORES	<p>Para el diligenciamiento de encuestas, formularios y evaluación de indicadores de oportunidad y calidad de los servicios.</p> <p>Para comunicar información sobre servicios de salud, actividades, eventos académicos e institucionales.</p> <p>Para solicitud y trazabilidad de información entregada de carácter asistencial.</p> <p>Para temas relacionados en reuniones y convocatorias de comités de Ética Hospitalaria y Alianza de usuarios</p> <p>Contestación, gestión y seguimiento a solicitudes de mejoramiento, peticiones, quejas, sugerencias y reclamos.</p>

DECLARACIÓN:

Yo, Norma Milena Ayala mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, AUTORIZO de manera previa, expresa, informada e inequívoca al HOSPITAL FEDERICO LLERAS ACOSTA DE IBAGUE E.S.E, para que directamente o a través de terceros designados o encargados por el mismo, recolecte, almacene, use, ponga en circulación o suprima la información personal suministrada, para los diferentes procesos tanto misionales como administrativos y de apoyo logístico del Hospital.

Así mismo, el Hospital y sus encargados garantizarán el ejercicio de los derechos del titular a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada, ser informado respecto del uso que se le ha dado a su información personal, acceder en forma gratuita a los datos que hayan sido objeto de Tratamiento, presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la normatividad vigente y revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales.

Las Políticas de Tratamiento de Datos Personales, se encuentran disponibles en la Página Web del Hospital: www.hflleras.gov.co. De conformidad con lo anterior, firmo como constancia en la ciudad de ibague a los () 06 días del mes de febrero del Año 2024.

Firma: [Firma manuscrita]
Nombre: Norma Milena Ayala
C.C No: 52086263 de: 10 fm

En caso que el titular de la información sea un paciente menor de edad, debe autorizar un adulto responsable:

Fecha de Autorización: _____
Nombre del menor de edad: _____
Documento de Identidad: _____ Tipo: NUIT ___ TI: ___ Otro _____
Direccion de Correspondencia: _____
Ciudad: _____ Telefonos Fijos: _____
Celular: _____ E-mail: _____
Nombre del acudiente responsable del paciente menor : _____
Firma del acudiente responsable del paciente menor : _____ Parentesco _____

FORMATO DECLARACIÓN ANUAL DE INTERESES PARTICULARES



CODIGO: GA-FR-168

FECHA DE ELABORACIÓN: 16/03/2021

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: No aplica

VERSIÓN: 1

PÁGINA: 1 DE 1

FORMATO DE DECLARACIÓN DE INTERESES PARTICULARES DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

Annual

Al momento de la vinculación

Yo Norma Milena Ayala Oyola identificado(a) con cédula de ciudadanía N. 52086263 de Bogotá, vinculado(a) a esta entidad en calidad de:

- Directivo
Ordenador del gasto
Supervisor de contrato
Responsable del proceso de inspección y vigilancia
Interventor
Responsable del control interno
Responsable del proceso de contratación
Responsable de la pagaduría
Responsable de la tesorería
Otro X ¿Cuál? proveedor

en el cargo específico o contrato: en la siguiente dependencia o área de trabajo:

Entiendo la presente como una medida preventiva, manifiesto mi voluntad de asumir, de manera unilateral, la presente declaración de intereses particulares, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- o Que es mi interés atender la política de integridad y cumplir con los valores del servicio público del código de integridad.
o Que los conflictos de intereses se pueden presentar cuando el deber propio de la función pública se ve afectado por intereses particulares, los cuales podrían influir real o potencialmente en la forma correcta del ejercicio de funciones y responsabilidades oficiales.
o Que conozco lo dispuesto sobre conflictos de intereses en la normatividad vigente: Código Disciplinario Único, el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 1474 de 2011.
o Que conozco las inhabilidades e incompatibilidades en mi calidad de servidor público o particular que cumple funciones públicas.

Por lo anterior, a continuación me permito declarar mis intereses particulares:

1. Participación en sociedades y vinculación laboral

Las siguientes son las sociedades, empresas, negocios, fundación, asociación u organización con o sin ánimo de lucro, de las cuales soy dueño, socio, representante legal, directivo o empleado, o lo he sido en los últimos 5 años:

Entidad o negocio:
Tipo de participación:
Fechas de ingreso y salida:
Compromiso vigente de confidencialidad: SI/NO

2. Actividades económicas o profesionales de los parientes cercanos, cónyuge o compañero permanente

A continuación registro a mis familiares: cónyuge, compañero(a) permanente y parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, que por sus actividades económicas o profesionales de carácter privado podrían generar un potencial conflicto de intereses:

Nombres y apellidos del familiar:
Número de documento de identidad:
Tipo y grado de parentesco:
Descripción de actividades económicas o profesionales:
Fechas de ingreso y salida:

Otro interés particular

Describe otras posibles situaciones que puedan generar un potencial conflicto de intereses por la función que desempeña (revise la normatividad sobre causales en el artículo 11 de la Ley 1437 de 2011):

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento:

Firma del (la) declarante: _____

Cédula de ciudadanía N.° _____ de _____

Fecha: _____

Se recibe la declaración por parte del superior inmediato, o por el área de recursos humanos de la entidad.

Nombre de quien recibe: _____

Firma: _____

Cédula de ciudadanía N.° _____ de _____

Se analizará la información y se realizará el correspondiente procedimiento para estudiar y hacer seguimiento a la situación, así como tomar una decisión sobre el caso en concreto cuando se presente un potencial conflicto de intereses de conformidad con la Ley 1437 de 2011.

Nota: La declaración de conflicto de intereses está sujeta a modificaciones de acuerdo con el cambio de circunstancias o situaciones declaradas a su vez que esta declaración será registrada y controlada por la oficina de control interno de la entidad o ente responsable.

eficiencia
que

FORMATO REGISTRO SIGEP



27

CÓDIGO: GA-FR-156	Fecha elaboración: 29/09/2020	Fecha actualización: 27/02/2021	Versión: 2	Página 1 de 1
----------------------	----------------------------------	------------------------------------	---------------	---------------

PRIMER NOMBRE	Norma	
SEGUNDO NOMBRE	Milena	
PRIMER APELLIDO	Ayala	
SEGUNDO APELLIDO	Dyola.	
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	06-03-1976.	
GENERO	femenino.	
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CC <input checked="" type="checkbox"/>	CE <input type="checkbox"/>
NÚMERO DE DOCUMENTO	52086263	
DIRECCION ACTUAL	Cra 23 Sur #87-08 T1 Apt 1003	
N° TELEFONO FIJO PERSONAL		
N° TELEFONO CELULAR	3183751475	
CORREO ELECTRONICO	milenaayala1976@hotmail.com	
FIRMA SERVIDOR PUBLICO		

TIPO DE VINCULACION:

PLANTA DEFINITIVA _____ PLANTA TEMPORAL _____ SUPERNUMERARIO _____

OTRO _____ ¿Cuál? _____

PRESTACION DE SERVICIOS _____ N° DE CONTRATO _____