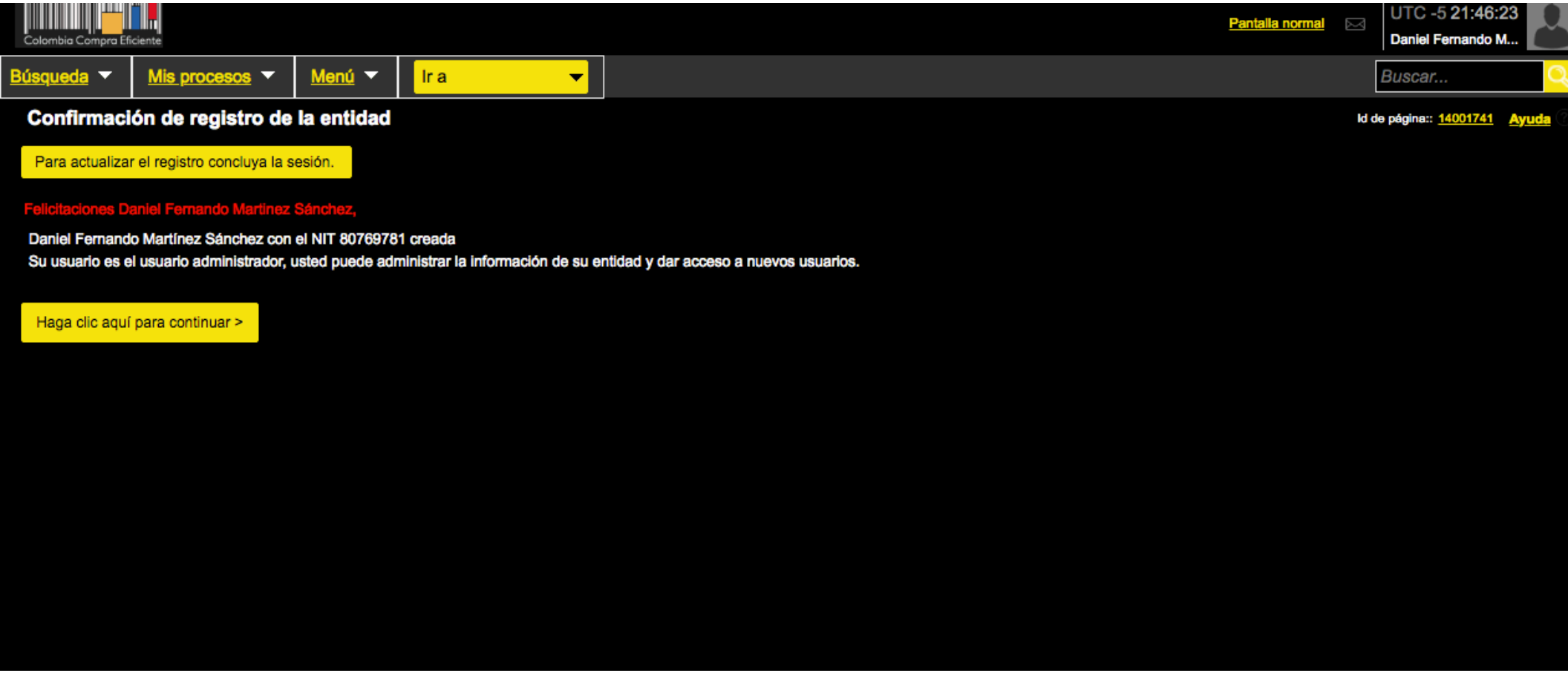

Colombia Compra Eficiente
Pantalla normal
UTC -5 21:46:23
Daniel Fernando M...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Confirmación de registro de la entidad
Id de página:: 14001741
Ayuda
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones Daniel Fernando Martinez Sánchez,
Daniel Fernando Martínez Sánchez con el NIT 80769781 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.
Haga clic aquí para continuar >

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 08-jul-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MARTINEZ	SANCHEZ	DANIEL FERNANDO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80769781

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 80769781 D.M 51

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 24 MES AGO AÑO 1984

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá, D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 52 No. 16 - 70 APTO 402

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá, D.C. TELEFONO 7515048

EMAIL danielmartinezsanchez94@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 BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADÉMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2001
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	10	X		MAESTRO EN ARTES PLASTICAS Y VISUALES	6	2008	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 08-jul-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*
Fundación Ocobos		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá, D.C.	fundacionocobosdia@hotmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4632632	DIA 15 MES 3 AÑO 2016	DIA 20 MES 3 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Artista	Artes	Carrera 01 No. 11 -04

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
IDARTES	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá, D.C.	contactenos@idartes.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3795750	DIA 15 MES 4 AÑO 2015	DIA 30 MES 12 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
644/2015	Artes Plásticas	Carrera 8 No. 15 -36

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
PINTURAS DE AVIACIÓN S.A.S		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá, D.C.	pinturasdeaviacion11@yahoo.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7003235	DIA 6 MES 9 AÑO 2012	DIA 11 MES 9 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Técnico en pintura de aviación -	mantenimiento	Carrera 111 A # 75 C-47

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	0	8
PRIVADO	3	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 08-jul-2018

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*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	3	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO __X__ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD 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).

Bogotá, julio 12 de 2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Bogotá, 12 de julio de 2018

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 08-jul-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DANIEL FERNANDO MARTINEZ SANCHEZ
IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 80769781 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá, D.C.
Dirección CALLE 52 No. 16 - 70 APTO 402 **Teléfonos** 3053708740 7515048

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CLARA INÉS SANCHEZ ÁLVAREZ	41543308	MADRE
ALVARO MARTÍNEZ ARIZA	70697977	PADRE

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

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 1.000.000,00
TOTAL	$ 1.000.000,00

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
BANCOLOMBIA	AHORROS	46736911477	DIVERPLAZA	$ 7.632,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
OTRO	MUEBLES Y ENCERES	$ 4.000.000,00

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
JOYCE RIVAS MEDINA	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	53052487

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 08-jul-2018
CIUDAD Y FECHA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS

CONFIERE EL TÍTULO DE

Maestro en Artes Plásticas y Visuales

A

Daniel Fernando Martínez Sánchez

Con c.c. No. **80.769.781 de Bogotá**

QUIEN CUMPLIÓ CON LAS CONDICIONES ACADÉMICAS REQUERIDAS.
EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C., A LOS 13 *DÍAS DEL MES DE* Junio *DE* 2008

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

DECANO DE LA FACULTAD

SECRETARIO ACADÉMICO

No. 10973

Libro de Registro ICFAA 0147 Folio No. 147

LA UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS

Con Personería Jurídica reconocida por el Ministerio de Justicia mediante resolución No. 139 de 1950
en cumplimiento del Decreto Presidencial 0844 de 1999 y la resolución 1017 de 1996 del ICFES

Acta de Grado No. 147

REGISTRO DE DIPLOMA No. 0147 FOLIO 147 LIBRO 1C

LA SUSCRITA SECRETARIA ACADÉMICA
DE LA FACULTAD DE ARTES - ASAB
COMPULSA A CONTINUACIÓN EL ACTA DE GRADO DE:

MARTINEZ SANCHEZ DANIEL FERNANDO

En Bogotá, el trece (13) de junio de 2008, se efectuó en el Auditorio Alejandro Obregón, el acto solemne de grado de **MARTINEZ SANCHEZ DANIEL FERNANDO,** identificado (a) con cédula de ciudadanía No.80.769.781 de Bogotá, quien terminó sus estudios, de acuerdo al pensum y reglamentos de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas, previa la presentación del trabajo final de grado titulado **"EN PINTURA" RETRATOS EN LA VIDA COTIDIANA**, según Acta de fecha abril 2 de 2008, del cual fue director el Maestro Manuel Santana recibiendo una calificación de cuatro punto cinco (4.5).

Acto seguido, el señor Rector a nombre de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas, tomó juramento y le confirió el Título de ***MAESTRO EN ARTES PLÁSTICAS Y VISUALES*** y dispuso la entrega inmediata del Acta del presente grado y la del Diploma que acredita el correspondiente título universitario.

(Fdo) **CARLOS OSSA ESCOBAR y LUISA FERNANDA LANCHEROS**, Rector y Secretaria General de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas, respectivamente.

Es fiel copia tomada de su original, que se expide hoy trece (13) de junio de 2008.

ROSA NAYUBER PARDO PARDO
Secretaria Académica
FACULTAD DE ARTES -ASAB

THOMAS GREG & SONS.

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Distrital Francisco José de Caldas

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, _Dniel Fernando Martínez Sánchez, 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:

Maestro en Artes Plásticas y Visuales
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;
Daniel Fernando Martínez Sánchez.

Firma: 

No. de documento: 80769781

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: danielmartinezsanchez94@gmail.com

Teléfono: 3053708740

FUNDACIÓN OCOBOS CENTRO DÍA
Nit 830.060.116
CONVENIO 7866-16-SDIS

A QUIEN INTERESE

Mediante la presente se hace constar que, **DANIELFERNANDO MARTÍNEZ SÁNCHEZ** identificado con C.C # **80.769.781** de Bogotá laboro en nuestra fundación desde el 15 de marzo de 2016 al 20 de marzo del 2017 desempeñándose como Artista, donde demostró compromiso y responsabilidad en la ejecucion de su labor.

La presente certificacion se expide por solicitud del interesado a los 10 dias del mes de mayo del 2017

Atentamente

BORIS PACHECO GONZALEZ.
Coordinador Centro DIA
Fundacion Oocbos. Tel. 4632632
CELULAR: 3008028372

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA

CERTIFICA:

Que el INSTITUTO DISTRITAL DE LAS ARTES – IDARTES, con NIT. 900.413.030-9, suscribió el Contrato de Prestación de Servicios que se describe a continuación:

CONTRATISTA: DANIEL FERNANDO MARTINEZ SANCHEZ.

IDENTIFICACIÓN: 80.769.781 de Bogotá

1.- CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 644 DE 2015

OBJETO: Prestar los servicios profesionales al IDARTES en el desarrollo de las actividades necesarias para el fortalecimiento del proceso de formación en el área de artes plásticas del programa CLAN.

VALOR DEL CONTRATO: VEINTISIETE MILLONES SETECIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE., ($27.720.000,oo.)

FECHA DE SUSCRIPCIÓN: 13 DE ABRIL DE 2015

ACTA DE INICIO: 15 DE ABRIL DE 2015

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS: 1. Realizar procesos de formación en los niveles de exploración, desarrollo creativo y profundización en el área de Artes Plásticas, a los beneficiarios de las diferentes líneas del programa CLAN. 2. Desarrollar las estrategias metodológicas, tendientes a potenciar las capacidades y desempeño tanto individual como colectivo en el área de Artes Plásticas, de los beneficiarios del proyecto CLAN. 3. Realizar los talleres según la intensidad y frecuencia semanal definidas por el programa, con el objetivo de proveer a los grupos correspondientes los recursos técnicos y expresivos necesarios para desarrollarse creativamente en el área de Artes Plásticas. 4. Realizar la preparación de los beneficiarios del programa CLAN para las presentaciones en vivo en el área de Artes Plásticas. 5. Llevar el registro de asistencia de los beneficiarios en el área de Artes Plásticas y entregar los respectivos listados de asistencia. 6. Asistir a las reuniones de preparación, capacitación y evaluación convocadas por la coordinación del programa. 7. Respetar los horarios y los espacios asignados para el desarrollo de los trabajos de formación. 8. Dar el adecuado uso a los elementos entregados para el desarrollo de sus actividades de formación. 9. Las demás obligaciones que se le asignen de acuerdo con el objeto del contrato.

Pinturas de Aviación S.A.S.
NIT. 900.461.754-7

CERTIFICACIÓN

El Señor **MARTINEZ SANCHEZ DANIEL FERNANDO,** identificado con la cedula de ciudadanía No. 80.769.781 de Bogotá, se encuentra vinculado laboralmente con esta empresa desde el dia seis de septiembre del año 2012 a la fecha.

Su contrato es a **TERMINO INDEFINIDO**, desempeñando el cargo de Representante Legal Suplente, devengando un salario de **CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.800.000,oo).**

La presente se expide a solicitud del interesado a los once (11) días del mes de noviembre de 2014 y con destino a quien interese

Cordialmente,

Javier González G

JAVIER GONZALEZ
Representante Legal
PINTURAS DE AVIACIÓN S.A.S.

Carrera 111 A No. 75C-47 Cels: 301 382 27 89 - 300 342 42 87
E-mail:pinturadeaviación11@yahoo.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80769781

MARTINEZ SANCHEZ
APELLIDOS

DANIEL FERNANDO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-AGO-1984
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

02-DIC-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500117-42112892-M-0080769781-20030610 04125 03160A 01 142832874

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14439197825

(415)7707212489984(8020) 000001443919782 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 7 6 9 7 8 1	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	8 0 7 6 9 7 8 1	2 0 0 2 1 2 0 2

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTINEZ	SANCHEZ	DANIEL	FERNANDO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 52 16 70 AP 402

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
danielmartinezsanchez94@gmail.co		7 5 1 5 0 4 8	3 0 5 3 7 0 8 7 4 0

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 3	2 0 1 7 1 1 2 4						

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
	1	2	2	2																						

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 7 1 2 0 1

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

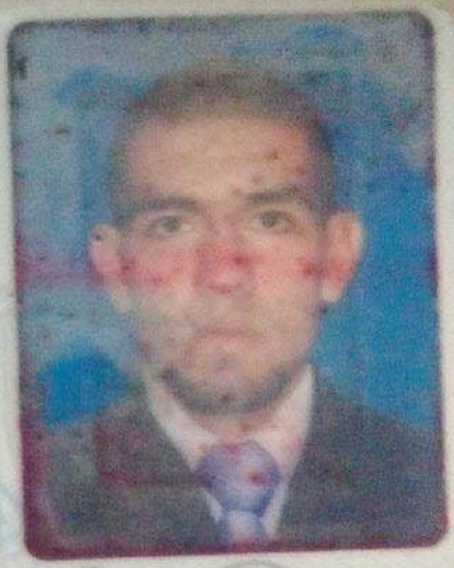
984. Nombre MARTINEZ SANCHEZ DANIEL FERNANDO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO 80769781



APELLIDOS Y NOMBRES
MARTINEZ SANCHEZ
DANIEL FERNANDO

PERTENECE AL EJÉRCITO DE:

1ª LÍNEA	2ª LÍNEA	3ª LÍNEA
2014 01 - DIC	2024 - DIC	2034 DIC

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP.: 05-JUN-2008

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa.
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

2420013

EJ DINM 773

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 13-08-2018
Hora: 7:16:15 AM

CONTRIBUYENTE NIT 80769781-6 DANIEL FERNANDO MARTINEZ SANCHEZ

Información General

Dirección CL 52 16 70 AP 402

Teléfonos 7515048/3053708740
Dirección electrónica danielmartinezsanchez94@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 02/03/2015
Soporte Inscripción 16536967
Fecha Inicio Actividades 27/02/2015
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO
Actividad 1: 8553-ENSENANZA CULTURAL
Actividad 2: -
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18003103309

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Fuente ICA TE TOCA

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

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	2a.	15-02-17	034L20043	
HEPATITIS B	3a.	15-05-17	034L20043	
HEPATITIS B	3a.	17-04-17	034L20043	
	Refuerzo 11a	09-08-18	034L20043	

HEPATITIS A EP AXAL *	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

TRIPLE VIRAL MORUPAR *	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

INFLUENZA AGRIPAL * SI	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

VARICELA		FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1			

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
	1a.			

CARNET DE VACUNACIÓN

NIT. 41798614-6 CODIGO PRESTADOR 110010985301

Nombre:	
Dirección	DANIEL FERNANDO MARTÍNEZ
Teléfono:	
H.C.:	80769781
Entidad Vacunadora	

Cortesía de:

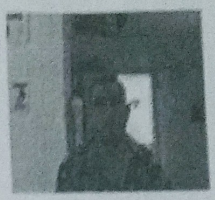
BIOTOSCANA S.A.

SU ANGEL PROTECTOR EN SALUD

CARRERA 21 No. 22-30 SUR - 2° PISO - CEL.: 311 587 95 91
Barrio Olaya - Bogotá, D.C. Colombia
blanca.rojas98@hotmail.com

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR

FECHA DE EXAMEN 27/11/2017 10.57 AM
TIPO EXAMEN: INGRESO



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	HELP OCUPACIONAL SAS	**Nit:**	900479126-0
Dirección:	CRA. 18A No.53-50 CS 101	**e-mail:**	marketing.helpocupacional@gmail.com
Teléfonos:	7466636 - 3203251392	**Sede:**	BOGOTA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	DANIEL FERNANDO			**Apellidos**	MARTINEZ SANCHEZ			
Identificación	CC	80769781	**Edad**	33 Años	**Genero**	M	**Grupo sanguineo**	O +
Procedencia	**Lugar de nacimiento**	BOGOTA			**Fecha de nacimiento**	24/08/1984	**Estrato**	3
Estado civil	Union libre	**Escolaridad**	Profesional		**Teléfonos**	3053708740		
Departamento	Bogotá, D.C.	**Municipio**	Bogotá, D.C.		**Dirección**	cll 52 n 16 70 apto402		
EPS	FAMISANAR LTDA. E.P.S.							
ARL	LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A.			**Fondo de Pensiones**	PORVENIR S.A.			

DATOS EMPRESA

EMPRESA	PARTICULAR		
CARGO	TALLERISTA DE ARTES PLASTICAS		
FECHA DE INGRESO	INGRESO	**JORNADA DE TRABAJO**	DIURNO

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	Apto para el cargo
OBSERVACIONES	EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR NORMAL DIETA BALANCEADA SANA POR HORARIO REALICE DE ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR MÍNIMO 3 VECES POR SEMANA DURANTE 30 MINUTOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
RECOMENDACIONES	REALICE PAUSAS ACTIVAS EN SU TRABAJO HIGIENE POSTURAL Y BIOMECÁNICA INTEGRAL, CULTURA DEL AUTO CUIDADO. USE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN INDICADOS POR EMPLEADOR EN SITIOS DE TRABAJO NOTIFIQUE DAÑO DE EQUIPOS Y/O HERRAMIENTAS DE TRABAJO HAGA CAPACITACIÓN DE SU CARGO CONTROL DE OPTOMETRIA ANUAL CONTROL PERIODICO CON UROLOGIA EN SU EPS
RESTRICCIONES	NINGUNA

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL (GENERALES)

OCUPACIONALES

Higiene postural	Distribucion de fuerzas y cargas NO ALZAR MAS DE 25 KILOS DE
Inicio de actividad fisica	Pausas Activas
Uso De EPP	

HELP OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR

Fecha de impresión: 27/11/2017 10.59 AM

Nombres y Apellidos DANIEL FERNANDO MARTINEZ SANCHEZ **Identificación** CC 80769781

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

Dra. Yuli Alexandra Alape Tapeiro
RM: 25434
Medica Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

YULY ALEXANDRA ALAPE TAPEIRO
C.C 1018416696 RM: L.SO.25-1434
Firma y sello del Médico Evaluador

DANIEL FERNANDO MARTINEZ SANCHEZ
C.C 80769781
Firma del trabajador Evaluado



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

FECHA:	12/07/2018	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Bogotá D.C

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Martínez	Sánchez	Daniel	Fernando		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	80769781	Bogotá	2002/12/02
PASAPORTE	OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1984/08/24	Bogotá	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) CASADO DIVORCIADO UNION LIBRE X VIUDO(A)	0	0	3053708740

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO X	BACHILLER	OTRO	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	Maestro en Artes Plásticas y Visuales

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
calle 52#16-70	Bogotá	Bogotá D.C	Colombia	7515048

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
danielmartinezsanchez94@gmail.com		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO	CUAL:	
SOCIO	CONTRATISTA	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	EMPLEADO SOCIO		OTRA.		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI	IVA	SI	NO X	Digitar el codigo del rut	8553
		NO X	ICA	SI	NO X	PRINCIPAL: x	SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI	NO X		SI / NO X		SI / NO X

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA

NO x	NO x		
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO	SERVICIOS SALUD x	# NIT
EXPORTACIONES AGRICOLA ENERGETICA FINANCIERA TRANSPORTE TECNOLOGIA ALIMENTOS MEDICAMENTOS			
OTRA CUAL: X			

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 0	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	**$ 0**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 0**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 0**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 0**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Pérez	Rodríguez	Jaime	Hernando
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
calle 53 #24-50	Bogotá	Amigo	3223045390

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Bancolombia S.A	cuenta de ahorros	46736911477	Diverplaza	3430000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION EXPORTACION TRANSFERENCIAS PRESTAMOS PAGO SERVICIOS OTRA

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Digite su profesión Maestro en Artes Plásticas y Visuales

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 destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

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 ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere 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 satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

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

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan 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 los informaciones que se hayan recogido sobre mi.

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

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

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

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

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DANIEL FERNANDO MARTINEZ SANCHEZ identificado(a) con CC 80769781 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**27/07/2017**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO TIERRA GRATA**
Categoría:	**A**

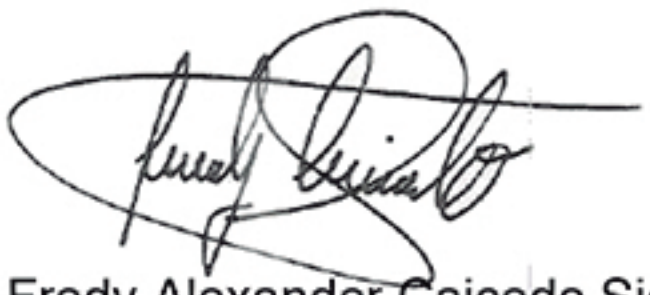
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 11 días del mes de julio del año 2018 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

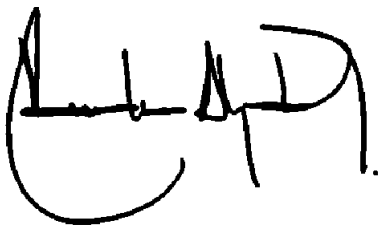
EPS FAMISANAR S.A.S.

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **DANIEL FERNANDO MARTINEZ SANCHEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **80,769,781**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 11 días del mes de Julio de 2018.



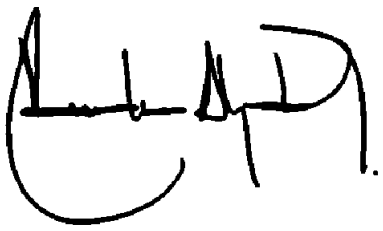
_____
Gerente de Clientes

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **DANIEL FERNANDO MARTINEZ SANCHEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **80,769,781**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Agosto de 2018.



_____
Gerente de Clientes

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
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

80769781	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
DANIEL	FERNANDO	MARTÍNEZ	SÁNCHEZ

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
24/08/84	BOGOTÁ	CALLE 52#16-70	7515048

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
FAMISANAR	PORVENIR	$2.800.000

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
PROFESIONAL EN ARTES	

Correo Electrónico	Celular
danielmartinezsanchez94@gmail.com	3053708740

Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 112002128

WEB
23:36:36

Bogotá DC, 08 de julio 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) DANIEL FERNANDO MARTINEZ SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80769781:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 09 de julio de 2018, a las 06:08:36, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	80769781
Código de Verificación	807697811807090608 36

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.

NESTOR FABIAN CASTILLO PULIDO
CONTRALOR DELEGADO (E)

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2317617

Bogotá D.C., 9 de Julio de 2018 - 6:11 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: **OCHENTA MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y UN**

80769781

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

NAVIS ALBERTO FLOREZ LEON
Jefe Oficina Asesora Jurídica (E)

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 7_FB27R_116
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 06:13:18 horas del 09/07/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80769781**
Apellidos y Nombres: **MARTINEZ SANCHEZ DANIEL FERNANDO**

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.

Referencia Bancaria

Lunes, 27 de Noviembre de 2017

Señor(a)
A QUIEN INTERESE

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que DANIEL FERNANDO MARTINEZ SANCHEZ identificado(a) con CC 80769781, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	46736911477	2015/01/26	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Carolina Giraldo G.

Carolina Giraldo Giraldo
Gerente Estrategia Canal Telefónico

le estamos poniendo el alma

Bancolombia

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico.
En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com