REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
80.897.947

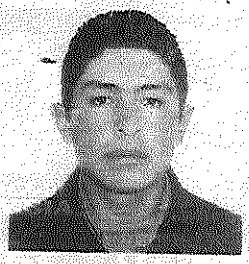
NUMERO

BARBOSA DIAZ

APELLIDOS

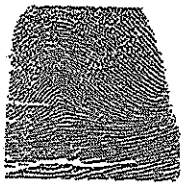
VICTOR ALFONSO

NOMBRES



Victor Alfonso B.D.

FIRMA



INDICE DERECHO

07-FEB-1986

FECHA DE NACIMIENTO

CABRERA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

11-FEB-2004 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500119-42126571-M-0080897947-20040728 0691904209A 03 154237096

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
BARBOSA	DIAZ	VICTOR ALFONSO.

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80897947.

SEXO: F ( ) M (X) | NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) | PAÍS:

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 80897947 D.M 55.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA PAÍS DÍA 07 MES 02 AÑO 1986.

DEPTO CUNDINAMARCA.

MUNICIPIO

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

PAÍS COLOMBIA. DEPTO

MUNICIPIO

TELÉFONO 3138322864 EMAIL alfaxobarbosadiaz@hotmail.com.

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO.
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO
1o	2o	3o	4o	5o	6o	7o	8o	9o	10	MES 11 AÑO 2008.
									X	

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SOBRED UOTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD	X		

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	BOGOTA D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7.66.06.66	DÍA 02 MES 06 AÑO 2015	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONDUCTOR AMBULANCIA	APH	KR 20 Nº 47B 35 SUR.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL. IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
Servidor Publico.	2	6.
	2.	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Alfonso Barbosa.

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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, VICTOR ALFONSO BARBOSA DIAZ

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] 1 C.E. [ ] 2 T.I. [ ] 3 N° 80897947 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
COLOMBIA	CUNDINAMARCA	BOGOTA

Dirección	Teléfonos
LOCALIDAD 20 SUMAPAZ	3138322864

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
DAYRON BARBOSA AGUDELO	1029280832	HIJO

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	1.727.520
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	0
GASTOS DE REPRESENTACION	0
ARRIENDOS	0
HONORARIOS	0
OTROS INGRESOS Y RENTAS	0
TOTAL	$ 1.727.520

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	457020446 3	MODELIA	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR 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 C.C.☐ 1 C.E☐ 2 T.I☐ 3	N°

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

Alfonso Bahosa
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogota. 12-12-2017.
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT | **PM-GRI-FT-05**

Fecha de Diligenciamiento: Día 11 | Mes 12 | Año 2017

Clase de Vinculación: Proveedor [ ] Colaborador [X] EAPB [ ] Otro [ ]

PERSONA NATURAL

Nombre Completo: Victor Alfonso Barbosa Diaz

CC [X] CE [ ] TI [ ] Otro [ ] N° 80897947

Fecha Nacimiento: Día 07 Mes 02 Año 1986 | Lugar Nacimiento: Zona 20 de Sumapaz

Profesión, Ocupación u Oficio: Auxiliar Operativo | Fecha Expedición Documento: 11-02-2004

Dirección Residencia: San Juan - Sumapaz | Teléfono (s): 3138322864

Ingresos Mensuales: 1'720.520 | Egresos Mensuales: 1'720.520

Otros Ingresos diferentes a la relación contractual: SI [ ] NO [X] | Otros Ingresos Mensuales:

Concepto Otros Ingresos:

Estado Civil: Soltero | Correo Electrónico: alfonsobarbosadiaz@hotmail.com

Marque con una (x), según corresponda, por su Perfil, Cargo o Profesión:

¿Maneja Recursos Públicos? SI [ ] NO [X] | ¿Tiene Reconocimiento Público? SI [ ] NO [X]

¿Ejerce algún grado de Poder Público? SI [ ] NO [X] | ¿Es familiar de una persona publicamente expuesta? SI [ ] NO [X]

PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social | Nit | DV

Tipo de Empresa: Pública [ ] Privada [ ] Mixta [ ] | Sector de la Economía | CIIU

Fecha de constitución en Cámara de Comercio | E-mail

Oficina Principal: Dirección | Ciudad | Teléfono (s) | Tiene Sucursales SI [ ] NO [ ]

Representante Legal: Nombre Completo

CC [ ] CE [ ] TI [ ] Otro [ ] N°

Representante Legal: Dirección | Teléfono

Identificación de Accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, Aporte o Participación.

Tipo ID		Número ID	Nombre Completo	¿Por su actividad o cargo goza de Reconocimiento Público, Poder Público y/o Recursos Públicos ? Marque **SI** o **NO** y especifique.

ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera? SI [ ] NO [ ] Cuál

¿Poseé productos Financieros en el Exterior? SI [ ] NO [ ] Cuál

Producto		Número Producto	Moneda	Monto	Entidad	País	Ciudad

Todos los espacios de este formulario deben quedar diligenciados, por lo tanto en aquellos que no tenga información por favor escriba N.A. (No aplica).

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT

DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS

Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.
3. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a la Financiación del Terrorismo.
4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico o corrupcion.
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):

Origen de Ingresos:	

CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para prevenir y controlar el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular.

3. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. podrá terminar unilateralmente e inmediatamente el vinculo contractual, cuando el proveedor, colaborador, EAPB u otro, llegaron a:

* Estar vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, financiación del terrorismo, terrorismo, lavado de activos, testaferrato y/o tráfico de estupefacientes.
* Ser incluídos en listas vinculantes de acuerdo con lo estipulado en la Manual SARLAFT.
* Ser condenado por parte de las autoridades competentes por cualquiera de los delitos fuente del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo descritos en el Código Penal Colombiano.

4. Autorizo ser consultado en listas y/o bases de datos que permitan prevenir el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

FIRMA Y HUELLA

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes,

firmo el presente documento a los 11 días del mes de diciembre del año 2017, en la ciudad de Bogotá D.C.



HUELLA

Alfonso Balbosa

FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LA SUBRED SUR - INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN

Nombre Completo de quien verifica				Cargo	
Fecha de Verificación	DIA MES AÑO		Hora	Firma	
Observaciones					

La República de Colombia

y en su nombre

El Externado Nacional "Camilo Torres"

Jornada Diurna

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D. C., según Resolución No. 22566 del 15 de Diciembre de 1971

Confiere a:

Victor Alfonso Barbosa Diaz

Identificado con C.C. No. 80.897.947 Expedida en Bogotá D.C.

El Título de

Bachiller Académico

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

Rector

Secretaria

Anotado al Libro No. 25 Folio No. 18 Del Colegio

Dado en Bogotá, a los 30 días de Noviembre de 2008

Acta Individual De Grado

EL EXTERNADO NACIONAL "CAMILO TORRES"

JORNADA DIURNA

Av (Cr) 7 No. 33-64

Inscripción S. E. 1191 *Inscripción Dane* ***311001 16955***

En la Ciudad de Santa fe de Bogotá, D.C., a los 30 días del mes de Noviembre de 2008, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria del **Externado Nacional Camilo Torres.** Institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación, y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional, para otorgar el Título de Bachiller; según Resolución No. 22566 del 18 de Diciembre de 1971.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación, se procedió a otorgar el Título de **Bachiller** al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Victor Alfonso Barbosa Diaz

C.C. No.80.897.947 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original general No 019 del 30 de Noviembre de 2008, que consta de 55 alumnos; que comienza con el nombre de **Andrade Castro María Angélica** y cierra con el nombre de **Zapata Buitrago Andrés**

Firmada y Sellada por

Jaime Elias Rodriguez Ortiz (Rector) y Alba Lucia Dias Leon (Secretaria)

Dada en Bogotá D.C., A los 30 días del mes de Noviembre de 2008

(Firmado y Sellado)

Jaime Elias Rodriguez Ortiz
C.C. 79.586.526 de Bogota
(Rector)

Alba Lucia Dias Leon
C.C. 52.569.856 de Bogota
(Secretaria)

El Externado Nacional "Camilo Torres"

Bachillerato Diurno - Nocturno
Mixto

CERTIFICADO No.
FOLIO No. 285

Los suscritos Rector y Secretario del Educacion nacional el colegio EL EXTERNADO NACIONAL CAMILO TORRES Aprobación Oficial por la Resolución No. 22566 del 18 de Diciembre del 1971

CERTIFICAN QUE:

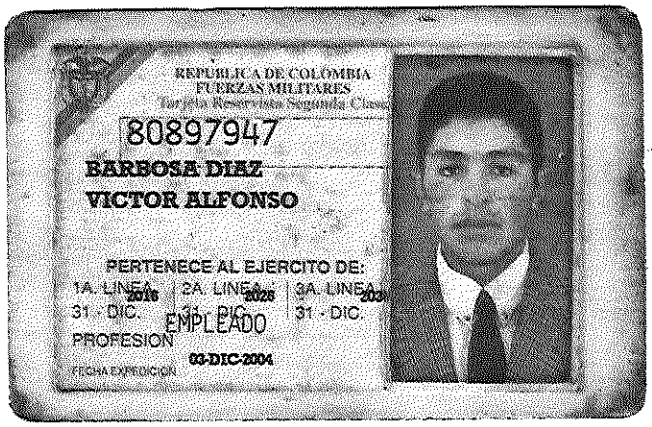
El Alumno: VICTOR ALFONSO BARBOSA DIAZ
Identificado con la: C.C. **No.** 80.897.947 **De** BOGOTA D.C.
Cursó y Aprobó el grado: ONCE **de** BACHILLER ACADEMICO
Duración del año lectivo de 2008 **con las siguientes asignaturas y promedios.**

AREAS	H.S.	CALIFICACIONES	
CIENCIAS NATURALES Y SALUD			
Frances			
Quimica	4	S	SOBRESALIENTE
Fisica	4	S	SOBRESALIENTE
CALCULO	6	A	ACEPTABLE
EDUCACION			
FILOSOFIA	6	S	SOBRESALIENTE
CIENCIAS SOCIALES			
Historia Universal			
Geografia			
Ed. para la Democracia, la Paz, y la Vida Social			
Comportamiento y Salud			
ESPAÑOL Y LITERATURA	4	S	SOBRESALIENTE
IDIOMA EXTRANJERO — Inglés			
IDIOMA EXTRANJERO — Frances	3	S	SOBRESALIENTE
EDUCACION ESTETICA	2	S	SOBRESALIENTE
EDUCACION FISICA RECREACION Y DEPORTES	2	E	EXCELENTE
VOCACIONALES Y TECNICAS	4	E	EXCELENTE
CONDUCTA		E	EXCELENTE
PROMEDIO		S	SOBRESALIENTE

Expedido en Bogotá, 30 a días de Noviembre de 2008

Rector

Secretario



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

80897947

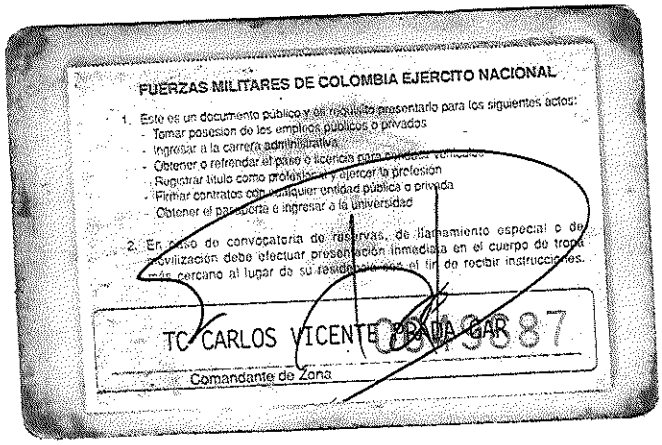
BARBOSA DIAZ
VICTOR ALFONSO

PERTENECE AL EJERCITO DE:

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC. 2018	31 - DIC. 2028	31 - DIC. 2038

PROFESION EMPLEADO

FECHA EXPEDICION 03-DIC-2004



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
   - Tomar posesion de los empleos publicos o privados
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Obtener o refrendar el paso o licencia para conducir vehículos
   - Registrar título como profesional y ejercer la profesion
   - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
   - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

TC CARLOS VICENTE [illegible] GAR 80897887

Comandante de Zona

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 12 de diciembre de 2017, a las 10:08:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	80897947
Código de Verificación	80897947171212100810

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1945981

Bogotá D.C., 11 de Diciembre de 2017 - 10:50 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 CEDULA DE CIUDADANIA No: **OCHENTA MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y SIETE**

80897947

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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.

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 102754532

WEB
10:29:38

Bogotá DC, 11 de diciembre del 2017

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) VICTOR ALFONSO BARBOSA DIAZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80897947:

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.

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 11/12/2017 a las 10:49:22 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 80897947 y Nombres: BARBOSA DIAZ VICTOR ALFONSO

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

DIAN®

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14348810993

(415)7707212489984(8020) 000001434881099 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 8 9 7 9 4 7	1	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 8 9 7 9 4 7	2 0 0 4 0 2 1 1

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
BARBOSA	DIAZ	VICTOR	ALFONSO

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
ZN 20 SEC ZUMAPAZ

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
alfonsobarbosadiaz@hotmail.com		3 4 0 7 0 1 4	3 1 3 8 3 2 2 8 6 4

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
9 6 0 9	2 0 1 5 0 7 0 2						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12-Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 5 0 8 2 8

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 ZAMBRANO MONTERO YISELLA
985. Cargo: Analista II

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 28-08-2015
Hora: 1:47:58 PM

CONTRIBUYENTE NIT 80897947-1 VICTOR ALFONSO BARBOSA DIAZ

Información

Dirección ZN 20 SUMAPAZ

Teléfonos 3407014-3138322864

Dirección alfonsobarbosadiaz@hotmail.com

Fax

Información de

Fecha Inscripción 28/08/2015

Soporte Inscripción 16782507

Fecha Inicio Actividades 02/07/2015

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 9609-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIOS PERSONALES N.C.P.

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaría de Salud



Nro. 10153

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA : 11/12/2017 HORA:4:29:			EXAMEN: PERIODICO		
NOMBRES: VICTOR ALFONSO BARBOSA DIAZ			CEDULA: 80897947		EDAD: 31 GENERO: M
EMPRESA: SUBRED SUR			CARGO: AUXILIAR OPERATIVO		TELEFONO: 3138322864 -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si	SATISFACTORIO	Respiratorio	Si	
Espirometria	--		Dermatología	Si	
Audiometria	Si	OK	Osteomuscular	Si	
Visiometria	Si	OK	Cardiovascular	Si	
Optometria	--		Prueba de equilibrio	--	
Electrocardiograma	--		Radiologia Tunel/carpo	--	
Psicología Laboral	--		Radiologia Columna	--	
Vacunas	--		Radiologia Torax	--	

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hematico IVG	--		Parcial de Orina	--	
Glicemia	--		RH-Grupo Sanguineo	--	
Colesterol	--		KOH Uñas	--	
Triglicéridos	--		Frotis Faringeo	--	
Serologia	--		Coprologico	--	

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) -- Según Res.1409 del 3 de Julio de 2012

Apto Para el cargo sin Restricciones	--	**Aplazado**	--
Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo	--	**No Apto Para Este Cargo**	--
Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel	--		--
Examen PERIODICO Satisfactorio	**Si**	**Examen de EGRESO Satisfactorio**	--

EXAMEN MEDICO PERIODICO SATISFACTORIO. ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	**Si**	Uso de Doble Protección Auditiva	--	Evitar Posturas Prolongadas	--
Pausas Activas	**Si**	Control Optometrico Periodico	--	Uso de Medias de Compresión Graduado	--
Ergonomia del Puesto de trabajo	**Si**	Uso de Lentes Permanentes	--	Valoración y Manejo en IPS	--
Uso de Elementos de Protección Personal	**Si**	Uso de Lentes Visión Cercana	--	Dieta - Ejercicio Físico	--
Valoración por IPS de Medicina Laboral	--	Control de Tension Arterial	--	Control Espirómetria	--
Control Audiometrico	--	Estilos de Vida Saludable	--		--

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De Lectura Obligatoria)

He comprendido el proposito,los beneficios,la interpretación y los riesgos del examen medico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas.Entendiendo que este procedimiento es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de Salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta,los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la empresa y de los cuales recibiré los resultados y asegura estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leido y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS EL DIVINO NIÑO JESUS Dr. Camilo Velasquez Velasco Médico Laboral Res. 6970 de 03/08/2009 UMED LTDA. IPS

CAMILO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIA No. 6970 DE 03/08/2009
Medico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador Alfonso Barbosa

C.C. No 80897947

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
Fax: 239 0086
umeditda@gmail.com
www.umedips.com

Realice sus exámenes en Instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud



EXAMEN DE: VISIOMETRIA

Fecha de Realizacion: 11/12/2017

NOMBRE: VICTOR ALFONSO BARBOSA DIAZ

CEDULA: 80897947

GENERO: MASCULINO

FECHA NACIMIENTO: 07/02/1986

EDAD: 31 Años

EMPRESA: SUBRED SUR

CARGO: AUXILIAR OPERATIVO

EPS: FAMISANAR

ARP:

Ocupación: AUXILIAR OPERATIVO - Tiempo en este Oficio: 2 AÑOS
Exigencia Visual del Oficio - Cercana (20/) Lejana (20/)

Considera que las condiciones en que trabaja son adecuada para sus ojos: SI
Por que

Utiliza Alguna Protección: NO

Oficios Anteriores - Tiempo:

Le Han Practicado Alguna Visiometria Anteriormente: SI - Fecha del Examen 1 AÑO

Tiene Lentes Formulados: NO

Usa Lentes Actualmente: NO - -

EXAMEN EXTERNO: OD - PTERIGIO NASAL
OI - PTERIGIO NASAL

ESTADO MOTOR: NORMAL

AGUDEZA VISUAL:	SIN CORRECCIÓN	CON CORRECCIÓN
LEJOS OD:	20/25	
OI:	20/20	
AO:	20/20	
CERCA OD:	20/20	
OI:	20/20	
AO:	20/20	

Oftalmoscopia Directa: Medios Transparentes

IDX - PTERIGIO NASAL AO

Cromatica: Normal - Observaciones:

Test Estereopsis: 40 Seg de Arco

Interpretación: PTERIGIO AO NASAL

Observaciones: CONTROL POR OFTALMOLOGIA POR SU EPS POR PTERIGIO NASAL AO

Control Anual

Remisión EPS

Remisión Oftalmología

Usar Elementos de Protección Visual Adecuados

Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica

OPTOMETRA Esp Salud Ocupacional

ANGELA PATRICIA PRIETO VELANDIA

LICENCIA No. 562 DE 20/01/2010

TRABAJADOR

Realice sus exámenes en Instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud: UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
Fax: 239 0086
umedltda@gmail.com
www.umedips.com

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud



EXAMEN DE AUDIOMETRIA LABORAL

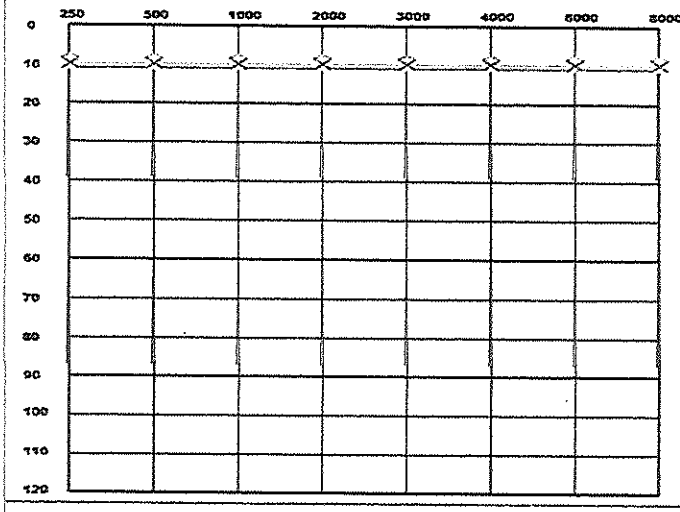
PERIODICO		Fecha de Realizacion: 11/12/2017
NOMBRE: VICTOR ALFONSO BARBOSA DIAZ		CEDULA: 80897947
GENERO: MASCULINO	FECHA NACIMIENTO: 07/02/1986	EDAD: 31 Años
EMPRESA: SUBRED SUR		EPS: FAMISANAR
CARGO: AUXILIAR OPERATIVO		ARP:

CONSENTIMIENTO INFORMADO EXAMEN DE AUDIOMETRIA

Certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad debidamente, respecto a la valoración audiológica que se me va a realizar, con el fin de conocer mi estado de salud auditiva. Libre y voluntariamente como paciente. Soy consciente(a) de la autonomía suficiente que posee para retirarme y cancelar la valoración audiológica si así lo desea y asumiré las consecuencias que esto acarree. Que se respetará la buena fe, la confidencialidad de la información por mi suministrada, igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces y que posteriormente se me hablará del tratamiento a seguir y procedimientos que se van a emplear, además para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Conozco que si desde mi trabajo los exámenes diagnósticos solicitados o no cumplo los tratamientos pueden estas tomar presentar reacciones adversas para mi salud auditiva. -APLICA RESOLUCION 1995 M.C. UMED Ltda.-

Ha Trabajado en Ambientes Ruidosos - Si	Utiliza Protectores Auditivos - No

AUDIOGRAMA



PTA: OI: 33670 - OD: 33670

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

OI: AUDICION NORMAL

OD: AUDICION NORMAL

Observaciones:

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES AUDITIVOS

Otalgia - No -	Otitis - No -	Otorrea - No -
Traumas - No -	Cirugias - No -	Acufenos - No -
Transtornos del Equlibrio - No -	Hipertención Arterial - No -	Sinusitis - No -
Diabetes - No -		

HABITOS

OTOSCOPIA

OD NORMAL -	OI NORMAL -

RECOMENDACIONES DE AUDIOLOGIA EN MEDICINA LABORAL

Control Auditivo en un año	Uso Doble de Protección Auditiva	No Utilizar Audifonos (MP3)
Reposo Auditivo después de la Jornada Laboral		

Fonoaudiologa Esp Salud Ocupacional

CATERINE LORENA GARZON A

LICENCIA No.

TRABAJADOR

CATERINE LORENA GARZON A
CC:1018015984 de

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937
Fax: 239 0086
umedltda@gmail.com
www.umedips.com

Realice sus exámenes en Instituciones medicas aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud
UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 80897947

NOMBRE

VICTOR ALFONSO BARBOSA DIAZ

FECHA DE NACIMIENTO
07-02-1986

GRUPO SANGRE-RH
O+

FECHA DE EXPEDICION
23-01-2015

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA TTEyMOV CUNDINAMARCA/COTA

CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS	23-01-2025	PARTICULAR
C1	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBÚS	23-01-2019	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC01006163850

Consulta / **Estado de Cuenta En Linea**

Federación Colombiana De Municipios - Simit

Estado de Cuenta sobre las Multas y Sanciones por Infracciones de Tránsito.

El (la) señor(a) identificado(a) con Cedula No. **80897947 (OCHO CERO OCHO NUEVE SIETE NUEVE CUATRO SIETE),** no posee a la fecha pendientes de pago registrados en Simit por concepto de Multas y Sanciones por Infracciones de Tránsito, en los Organismos de Tránsito conectados al sistema.

Expedición: 11 de Diciembre de 2017 a las 18:14

Nota: Este documento es válido durante la fecha de expedición

anterior

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogota

DEPARTAMENTO DE EDUCACION

Instituto de Educacion No.Formal
Resolucion No. 5733 Diciembre 30/94

HACE CONSTAR

Que: *VICTOR ALFONSO BARBOSA DIAZ*

Participo en el *ATENCION PREHOSPITALARIA y PRIMER RESPONDIENTE*

Con una Duración de *80* **Horas**

Esta constancia no constituye titulo de idoneidad para el ejercicio de las profesiones de salud
Validez 2 años

Dada en Bogotá, a los *02* **días del mes de** *SEPTIEMBRE* **de** *2016*

Bogota, D.C.

Director

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) VICTOR ALFONSO BARBOSA DIAZ identificado(a) con CC 80897947 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**11/01/2007**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO RESTREPO**
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 diciembre del año 2017.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR LTDA.

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **VICTOR ALFONSO BARBOSA DIAZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **80,897,947**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 11 días del mes de Diciembre de 2017.

Gerente de Clientes

ARL | sura

Medellín, 11 de diciembre de 2017

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que VICTOR ALFONSO BARBOSA DIAZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 80897947 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 03/07/2015 **Fecha fin cobertura:** 31/07/2016

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

E.S.E. HOSPITAL NAZARETH 1 NIVEL N800217641

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000009 - AMBULANCIAS Y MANTENIMIENTO CR4
CLASE: 4 **PORCENTAJE:** 4,35%
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
4603901 - EMPRESAS DEDICADAS A OTROS TIPOS DE TRANSPORTE NO REGULAR DE PASAJEROS NCP

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
4603901 - EMPRESAS DEDICADAS A OTROS TIPOS DE TRANSPORTE NO REGULAR DE PASAJEROS NCP
CODIGO DE ACTIVIDAD: 4603901
CLASE DE RIESGO: 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4,35%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por Arl Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación1734538552

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 11/12/2017 10:42 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C Diciembre 2017

Señores:

Sud red integrada de servicios de salud

Por medio de la presente, yo Victor Alfonso Barbosa Diaz, identificado con número de documento 80894112, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Cordialmente,

Nombre: Victor Alfonso Barbosa

No. Documento: 80894112

Teléfono: 3138322864

Scanned by CamScanner