| ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | LISTA DE CHEQUEO - VERIFICACIÓN DE REQUISITOS CONTRATISTAS | | CO-OPS-FT-07 V1 | | |
| Nº | DOCUMENTO | ESPECIFICACIÓN | CUMPLE | NO CUMPLE | APLICA | NO APLICA |
| 1 | **Fotocopia del documento de identidad** | Cedula de ciudadanía | | | | |
| | | Cedula de Extranjería | | | | |
| 2 | **Formato de Hoja de Vida Función Publica** | Completamente diligenciado y firmado (sin tachones ni enmendaduras) | | | | |
| 3 | **Formato de declaración bienes y rentas** | Completamente diligenciado y firmado (sin tachones ni enmendaduras) | | | | |
| 4 | **Diplomas y actas de grado** | Diploma de Bachiller para auxiliares | | | | |
| | | Diploma de Bachiller para técnicos | | | | |
| | | Diploma de Bachiller tecnólogos | | | | |
| | | Diploma y acta de grado de pregrado de acuerdo a la especialidad | | | | |
| | | Diploma y acta de grado de postgrado de acuerdo a la especialidad | | | | |
| 5 | **Certificado de estudios adicionales** | Cursos, seminarios, diplomados, entrenamientos específicos, etc. | | | | |
| 6 | **Certificado de experiencia laboral** | Los certificados anexos deben ser los mencionados en la Hoja de vida Función Publica | | | | |
| 7 | **Fotocopia de la tarjeta profesional SDS - ANEC - COPNIA - Colegios Profesionales (Medico, Bacteriólogo, Fisioterapeutas, Químicos Farmacéutico, Psicólogo (a), etc.** | Tarjeta profesional y/o certificado de inscripción del ente regulador y de control y/o RETHUS conforme a la ley 1164 y la Resolución 3030 de 2014 | | | | |
| 8 | **Libreta Militar** | Hombres hasta 50 años | | | | |
| | | Jóvenes : Plazo de 18 meses para traer la libreta, una vez inicie contrato | | | | |
| 9 | **Antecedentes disciplinarios, fiscales y judiciales** | Personería ☐ **Contraloría** ☐ | | | | |
| | | Procuraduría ☐ **Policía** ☐ | | | | |
| 10 | **Antecedentes profesionales en los casos que aplique** | Abogados (consejo superior de la Judicatura) | | | | |
| | | Profesionales en Ingeniería o afines (COPNIA) | | | | |
| 11 | **RUT** | Actualizado con la actividad económica relacionada con el objeto contractual | | | | |
| 12 | **RIT** | Actualizado con la actividad económica y relacionado con el objeto contractual que coincida con el RUT | | | | |
| 13 | **Examen pre ocupacional** | Vigente - Decreto 723 de 2013 **(NO SUPERIOR A TRES AÑOS)** | | | | |
| | **Para todo el Personal** | General y visiometria ☐ | | | | |
| | **Para conductores y auxiliares de mantenimiento** | General, visiometria y audiometría ☐ | | | | |
| 14 | **Cursos por Habilitación que debe tenerse vigentes según perfil** | **Auxiliares de Enfermería.**- *Curso soporte vital básico vigente - SVB* ☐ | | | | |
| | | **Auxiliares de Enfermería Ambulancia .**- Curso de soporte vital avanzado vigente - **ACLS** y curso **APH** ☐ | | | | |
| | | **Auxiliares que realicen actividades de vacunación.**- Curso **PAI** ☐ | | | | |
| | | **Médicos áreas de urgencias.**- Curso de soporte vital avanzado vigente - **ACLS** ☐ | | | | |
| | | **Enfermeras.**- Soporte vital básico vigente - **SVB** ☐ | | | | |
| | | **Enfermeras áreas de Urgencias.**- Soporte vital avanzado vigente - **ACLS** y Curso de Administración de medicamentos ☐ | | | | |
| | | **Tecnólogo de Radiología, Auxiliares de Odontología, Odontólogos y Médicos Radiólogos.**- Carnet de radio protección SDS ☐ | | | | |
| | | **Personal del área de la salud asistencial y administrativo de una institución prestadora de servicios de salud. - *Curso de Código Blanco***: Para el correcto proceso en la atención de mujeres víctimas de violencia sexual, dando cumplimiento a las exigencias de la norma de habilitación vigente dentro de un marco asistencial y legal. Teniendo como referente el Decreto 1011 de 2006 (SOGC), Resolución 0459 de 2012 y la Resolución 2003 de 2014, la cual obliga a todos los prestadores a tener un protocolo de atención a las mujeres víctimas de violencia sexual. ☐ | | | | |
| | | **Conductores.- Licencia de conducción - constancia de comparendos. Curso de primeros auxilios y primer respondiente** ☐ | | | | |
| 15 | **Curso de Alturas** | **Área de Mantenimiento** ☐ | | | | |
| 16 | **Póliza de Responsabilidad civil profesional (valor amparado mínimo 100 SMLM)** | **Perfiles.- Médicos, Médicos Especialistas, Odontólogos, odontólogos Especialistas, Profesionales en Enfermería, Bacteriólogos, Instrumentador quirúrgico, fisioterapeuta y terapeuta respiratoria- LA GARANTÍA DEBE ESTAR CONSTITUIDA CON CUALQUIER ASEGURADORA QUE AMPARE MÍNIMO 100 SMLMV) - VIGENTE UNA VEZ SUSCRIBA EL CONTRATO** | | | | |
| 17 | **Para el caso de salud mental** | **Certificado de entrenamiento en salud mental** | | | | |
| 18 | **Certificación de afiliación a seguridad social en salud y/o SOPORTE DE AFILIACIÓN COMO INDEPENDIENTE** | **EPS** ☐ | | | | |
| | | **ARL** ☐ | | | | |
| | | **AFP** ☐ | | | | |
| 19 | **Autorización de verificación de Títulos debidamente firmado** | **Para todos los perfiles** | | | | |

OBSERVACIONES:

NOMBRE _____ FECHA: _____

QUIEN RECEPCIONA Y VERIFICA DOCUMENTOS



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 11.410.576

BOHORQUEZ RUIZ
APELLIDOS

WILLIAM
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-ENE-1972

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

04-JUN-1991 CAQUEZA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500113-45147002-M-0011410576-20060521 06336 06140C 02 201794390

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 |
|---|---|---|
| Bohórquez | Ruiz | William |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 11410576

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 11410576 D.M 55

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 31 MES 01 AÑO 1972

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

K. 12 # 22B-80 Sur

PAÍS: Colombia DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotá

TELÉFONO: 3134767256 EMAIL: Guillermobórquez@hue.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: Bachillerato Académico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | X | MES 12 AÑO 1994 |

***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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 5to | | X | Administración de Empresas | 10 | 2006 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 |
|---|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios S. | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Bogotá | WilliamBahaguez@live.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7428885 | DÍA 01 MES 08 AÑO 2016 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar Operativo | Transporte | K20 #47B-35 Sur |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Hospital Usme | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Bogotá | Williambahaguez@live.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7660666 | DÍA 19 MES 02 AÑO 2014 | DÍA 30 MES 07 AÑO 2016 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Conductor Administrativo | Propiedad Py E | K13 H135A-42 Sur |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Muebles y Vidrios B y M | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Bogotá | Williambahaguez@live.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3134767256 | DÍA 17 MES 11 AÑO 2007 | DÍA 18 MES 02 AÑO 2014 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Comerciante | Linea Muebles Hogar | KB #22B-47 Sur |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| Solinoff | | X | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Funza | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 4463822 | DÍA 16 MES 05 AÑO 1995 | DÍA 16 MES 11 AÑO 2007 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Supervisor – Almacenista | Administrativo | Zona Industrial Sabana |

**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 PÚBLICO* | 3 | 10 |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 12 | 6 |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | 6 | 3 |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 21 | 19 |

## 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).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* Bogotá Diciembre 2017

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

# 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, WILLIAM BOHORQUEZ RUIZ

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 11.410.576 De Caqueza CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

| País | Colombia | Departamento | Cundinamarca | Municipio | Santa Fe de Bogotá D.C. |
|---|---|---|---|---|---|

| Dirección | Carrera 12 NO. 22 B 80 Sur | Teléfonos | 3134767256 |
|---|---|---|---|

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| FRANCISCO BOHORQUEZ NARANJO | C.C. 19.142.713 de Bogotá | PADRE |
| ALBA RUIZ MUÑOZ | C.C. 41.478.779 de Bogotá | MADRE |
| YIANDRA NATALY BOHORQUEZ MORENO | T.I. 1.000.802.008 de Bogotá | HIJA |
| IBETTE VICTORIA BOHORQUEZ MORENO | R.C. 1.016.723.966 de Bogotá | HIJA |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 | |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | |
| GASTOS DE REPRESENTACION | - |
| ARRIENDOS | - |
| HONORARIOS | 21.600.000 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | - |
| **TOTAL** | $ 21.600.000 |

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 |
|---|---|---|---|---|
| BANCO DAVIVIENDA | AHORROS | 4870416221 | TUNAL | $ - |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION | N° |
|---|---|---|
| DIANA ISABEL MORENO MORA | C.C. X C.E. T.I. | 42.523.541 |

## 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.., 12 De Diciembre de 2017

CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

# UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

Personería Jurídica No. 4571 de 1977

CONSTANCIA No. ~~1007201318~~

CODIGO No. ~~10310418348~~

VALIDO UNICAMENTE CON FIRMA Y SELLO ORIGINAL

## LA SECRETARIA GENERAL
## HACE CONSTAR

Que **WILLIAM BOHORQUEZ RUIZ**

identificado con cédula de ciudadanía No. **11410576** de _____

Curs **ó** **QUINTO** semestre en la carrera de **ADMINISTRACION DE EMPRESAS**

_____ durante el **II** ciclo académico de ~~2006~~

Horario: De lunes a viernes de **6:00 P.M** a **10:00 P.M**

los sábados de **XXXX** a **XXXX**

Valores:

**XXXX**

Dado en Bogotá, a los **10** días del mes de **JULIO** de **2013**

MARTHA LUCÍA CARVALHO QUIGUA
SECRETARIA GENERAL

La República de Colombia

y en su nombre

**El Colegio Departamental Nacionalizado**
**Cáqueza - Cundinamarca**
Jornada Diurna

Autorizado por la Secretaria de Educación de Cundinamarca, según
Resolución No. 000784 del 25 de Junio de 1993

Confiere a

**William Bohórquez Ruiz.**

Identificado con C.C. o T.I. No. 11.410.576 de Cáqueza

El Título de

# Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes

COLEGIO DPTAL. CAQUEZA
CIENCIA
1979

Cáqueza 3 de XII de 1.99 4

Anotado al folio 001 Libro de Registro No. 1

Santiago Fidel Pardo Guevara
Rector

Stella Ayde Pardo Rios
Secretaria

REPUBLICA DE COLOMBIA

# EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

## HACE CONSTAR:

QUE **BOHORQUEZ RUIZ WILLIAM**

## PARTICIPO EN:

**CONOCIMIENTOS BASICOS EN LECTURA DE PLANOS**

DURACION 50 HORAS

Jefe de Area

Santafé de Bogotá 19.03.99

Ciudad y Fecha de Terminación

Jefe de Registro y Certificación

CENTRO DE GESTION INDUSTRIAL

Centro de Formación

Jefe de Registro

CONSTANCIA DE PARTICIPACIO

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

# COLEGIO DEPARTAMENTAL NACIONALIZADO

Cáqueza, Cundinamarca

Cra. 5ª Nº 4-35 - Tel.: 91-848 01 66

JORNADA MAÑANA

Resolución, Aprobación de Estudios Eduacicón Básica Secundaria y Media Vocacional
Nº 000784, Junio 25 - 1993

EL SUSCRITO RECTOR DEL COLEGIO DEPTAL NACIONALIZADO

H A C E  C O N S T A R :

Que: BOHORQUEZ RUIZ WILLIAM, identificado con cédula de ciu dadanía No. 11.410.576 de Cáqueza,cursó y aprobó en éste plan tel el grado undecimo (11o) de Bachillerato, durante el año lectivo de 1.994 en jornada continua de 7:15a,m. a 1:15 p.m. diariamente.

Dada en cáqueza a los 31 días del mes de enero de 1.995, a solicitud del interesado para efectos del interesado.

SANTIAGO PEDEL PARDO G.

# COLEGIO DEPARTAMENTAL NACIONALIZADO

## CAQUEZA CUNDINAMARCA

## JORNADA DE LA MAÑANA

**Carrera 5 No. 4-35 - Teléfono: 984-80166**

Inscripción S.E. Libro Reg. No. 1 Folio 24 Acta No. 012 de Abril 26 - 84
NIT. 800.012.286 - 3
No. Establecimiento 12515100537

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la Ciudad de Cáqueza, a los 3 días del mes de Diciembre del año 1994 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del COLEGIO DEPARTAMENTAL NACIONALIZADO DE CAQUEZA. Institución aprobada hasta el año 1995 en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA según Resolución No. 000784 del 25 de Junio de1993.

Comprobada la situación Legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO.

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento se relacionan a continuación:

WILLIAM BOHORQUEZ RUIZ C.C. No.11'410.576 CAQUEZA

Es fiel copia del Acta original general No. 014 de Fecha 3 de Diembre de 1994 que consta de 63 alumnos que comienza con el nombre de ALFONSO CRUZ MARIA MAGDALENA y se cierra con el nombre de VIZCAINO VELASQUEZ PAOLA ANDREA.

Firmada y sellada por SANTIAGO FIDEL PARDO GUEVARA (Rector) y STELLA AYDEE PARDO RIOS (Secretaria).

Dada en Cáqueza, a los 3 días del mes de Diciembre de 1994

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

SECRETARIA

SANTIAGO FIDEL PARDO GUEVARA
RECTOR
C.C. No. 17.078.165 de Bogotá

Firmada y Sellada

STELLA AYDEE PARDO RIOS
SECRETARIA
C.C. No. 20.482.333 de Choachí

Firmada y Sellada

# EL HOSPITAL DE USME I NIVEL E.S.E.

Hace constar que

## William Bohorquez Ruiz

ha aprobado el curso

REINDUCCION

24 diciembre 2015

BEATRIZ EUGENIA GÓMEZ CONSUEGRA
Gerente
HOSPITAL DE USME I NIVEL E.S.E.

Horas de crédito: 16

8bKh6n8SUC

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Usme

# CERTIFICACION

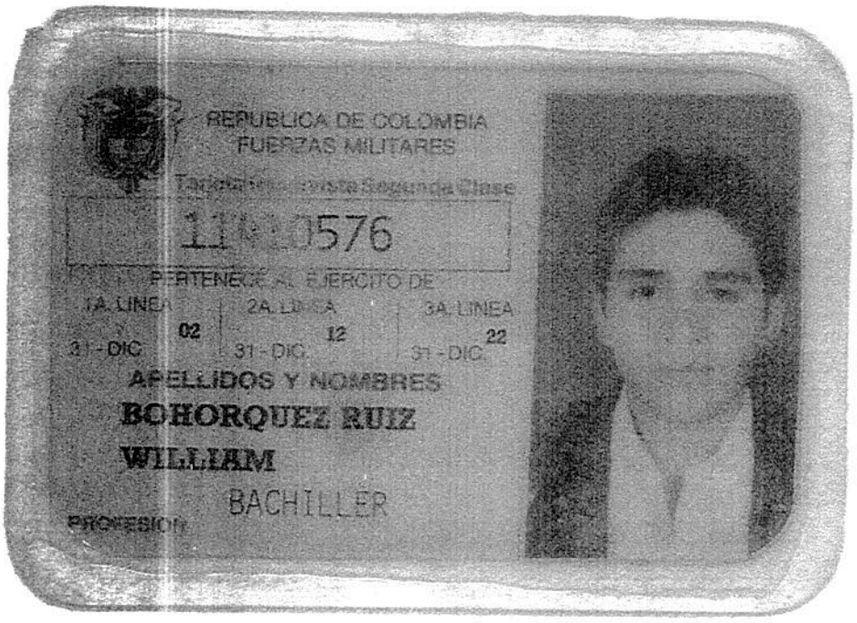
**LA SUSCRITA COORDINADORA DE LA OFICINA DE CONTRATACION, CERTIFICA QUE EL SEÑOR WILLIAM BOHORQUEZ RUIZ, IDENTIFICADO CON C.C. No. 11.410.576, HA SUSCRITO CON EL HOSPITAL DE USME I NIVEL E.S.E. NIT: 830.010.966-3, LOS SIGUIENTES CONTRATOS:**

| No. CONTRATO | VIGENCIA | OBJETO | ESTADO | VALOR |
|---|---|---|---|---|
| 0378-2014 | 19/02/2014-31/07/2014 | CONDUCTOR | EJECUTADO | $6.480.000.00 |
| 0378-2014 | 01/08/2014-31/08/2014 | CONDUCTOR | EJECUTADO | $1.200.000.00 |
| 0378-2014 | 01/09/2014-30/09/2014 | CONDUCTOR | EJECUTADO | $1.200.000.00 |
| 0378-2014 | 01/10/2014-31/10/2014 | CONDUCTOR | EJECUTADO | $1.200.000.00 |
| 0378-2014 | 01/11/2014-30/11/2014 | CONDUCTOR | EJECUTADO | $1.200.000.00 |
| 0378-2014 | 01/12/2014-31/12/2014 | CONDUCTOR | EJECUTADO | $1.200.000.00 |
| 0131-2015 | 01/01/2015-31/01/2015 | CONDUCTOR | EJECUTADO | $1.200.000.00 |
| 0131-2015 | 01/02/2015-28/02/2015 | CONDUCTOR | EJECUTADO | $1.200.000.00 |
| 0131-2015 | 01/03/2015-31/03/2015 | CONDUCTOR | EJECUTADO | $1.200.000.00 |
| 0131-2015 | 01/04/2015-30/04/2015 | CONDUCTOR | EJECUTADO | $1.200.000.00 |
| 1364-2015 | 04/05/2015-31/05/2015 | CONDUCTOR | EJECUTADO | $1.200.000.00 |
| 1364-2015 | 01/06/2015-30/06/2015 | CONDUCTOR | EJECUTADO | $1.200.000.00 |
| 1364-2015 | 01/07/2015-31/07/2015 | CONDUCTOR | EJECUTADO | $1.200.000.00 |
| 1364-2015 | 01/08/2015-31/08/2015 | CONDUCTOR | EJECUTADO | $1.200.000.00 |
| 1364-2015 | 01/09/2015-30/09/2015 | CONDUCTOR | EJECUTADO | $1.200.000.00 |
| 1364-2015 | 01/10/2015-31/10/2015 | CONDUCTOR | EJECUTADO | $1.200.000.00 |
| 1364-2015 | 01/11/2015-30/11/2015 | CONDUCTOR | EJECUTADO | $1.200.000.00 |
| 1364-2015 | 01/12/2015-31/12/2015 | CONDUCTOR | EJECUTADO | $1.200.000.00 |
| 0174-2016 | 04/01/2016-31/03/2016 | CONDUCTOR | EN EJECUCION | $3.600.000.00 |

*Desempeñando las siguientes actividades:*

1. Cumplir a satisfacción las actividades asignadas por el supervisor del contrato.
2. Reportar oportunamente los daños del vehículo a su cargo.
3. Mantener el vehículo a su cargo en buenas condiciones de uso.
4. Cumplir con las normas de tránsito.
5. Entregar mensualmente el consumo de combustible adquirido para el vehículo a su cargo.
6. Llevar la documentación original del vehículo a su cargo.
7. Demás acciones que sean impartidas por el supervisor del contrato.

La presente certificación no reconoce derechos laborales, en virtud a que se trata de orden de prestación de servicios regulada por el manual de contratación del Hospital de Usme I Nivel ESE y demás normas concordantes.



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta de Reservista Segunda Clase

11410576

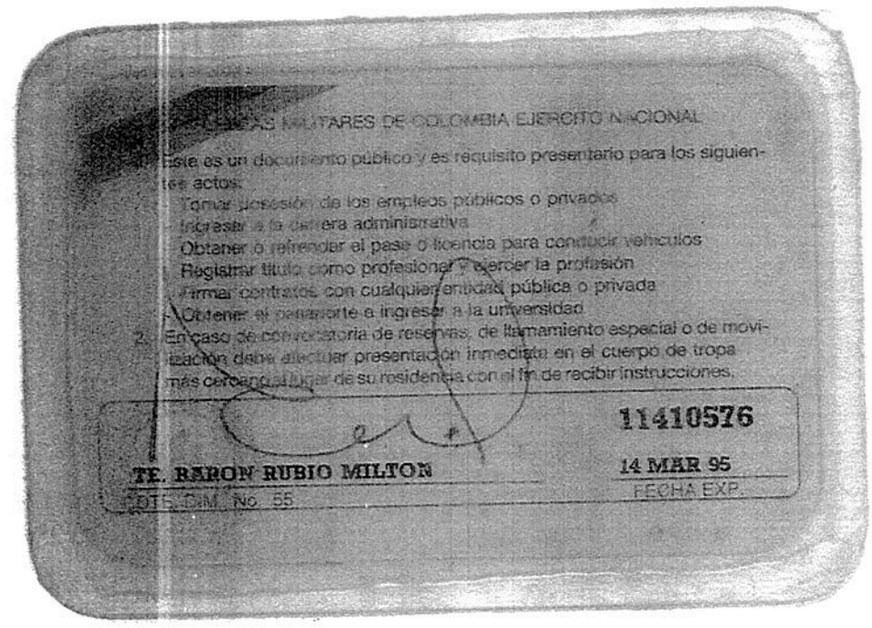
PERTENECE AL EJERCITO DE

| 1A. LINEA | 2A. LINEA | 3A. LINEA |
|---|---|---|
| 02 | 12 | 22 |
| 31 - DIC | 31 - DIC. | 31 - DIC. |

APELLIDOS Y NOMBRES

BOHORQUEZ RUIZ
WILLIAM

PROFESION: BACHILLER



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
   - Tomar posesión de los empleos públicos o privados
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
   - Registrar título como profesional y ejercer la profesión
   - 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.

11410576

TE. BARON RUBIO MILTON

14 MAR 95

DIS. DIM. No. 55

FECHA EXP.



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 11410576

NOMBRE

WILLIAM BOHORQUEZ RUIZ

FECHA DE NACIMIENTO

31-01-1972

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICION

21-01-2014

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

CONDUCIR CON LENTES

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTA D.C.



CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHÍCULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| B2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 21-01-2024 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS | 21-01-2017 | PUBLICO |

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03000768488

60947.0.0-5 10/13

Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA**
**No. 1950145**

**Bogotá D.C., 12 de Diciembre de 2017 - 8:52 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., el señor(a) **WILLIAM BOHORQUEZ RUIZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **ONCE MILLONES CUATROCIENTOS DIEZ MIL QUINIENTOS SETENTA Y SEIS** de CAQUEZA

**11410576**

**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.



**El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_EPGMS_528**
**Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 102805389

WEB
08:45:03


Bogotá DC, 12 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) WILLIAM BOHORQUEZ RUIZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 11410576:

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.**

Síguenos en >

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
**POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA**

Inicio Institución Contáctenos

**Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que a la fecha, 12/12/2017 a las 08:46:23 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 11410576 y Nombres: BOHORQUEZ RUIZ WILLIAM
**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.

**Volver al Inicio**

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
Presidencia de la República | Ministerio de Defensa | Gobierno en Línea | Portal Único de Contratación

**Todos los derechos reservados 2011.**

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
H. Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Consecutivo 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14283584613

(415)7707212489984(8020) 000001428358461 3

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

| Lugar de expedición | 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Caqueza 1 5 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BOHORQUEZ | RUIZ | WILLIAM | |

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 |

41. Dirección principal
CL 40 21 23 SUR BRR QUIROGA

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| williambohorquez@live.com | | 3 0 2 2 2 5 8 | 3 1 3 4 7 6 7 2 5 |

## CLASIFICACION

| Actividad económica | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: 1 / 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 2 9 9 | 2 0 1 0 0 3 2 3 | | | | | |

### 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 renovaci**

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 4 0 2 2 6

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 URUEÑA SERRANO DIEGO ALFONSO
985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

Fecha generación documento PDF: 14-12-2017 04:51:0

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA

**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS**
**REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 16-12-2017
Hora: 8:59:32 AM


CONTRIBUYENTE NIT 11410576-1 WILLIAM BOHORQUEZ RUIZ

**Información General**

*Dirección* CL 40 21 23 SUR

*Teléfonos* 3022258-3134767256
*Dirección electrónica* WILLIAMBOHORQUEZ@LIVE.COM

*Fax*

**Información de Registro**

*Fecha Inscripción* 26/02/2014
*Soporte Inscripción* 16032480
*Fecha Inicio Actividades* 23/03/2010
*Fecha Cese Actividades*
*Fecha de Informe del Cese*
*# Establecimientos:* 0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Juridica* PERSONA NATURAL
*Régimen Tributario* REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.
Actividad 2: -
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -

*Fecha Inicio Financiera:*

Código de Verificación de Información: 17002507855

MEJOR PARA TODOS

***Fuente ICA TE TOCA***

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

| INTERVENIR SALUD OCUPACIONAL | INTERVENIR SALUD OCUPACIONAL S.A.S. | CODIGO: FR-009 |
|---|---|---|
| | CERTIFICADO DE APTITUD EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL | VERSIÓN: 03 |
| | | FECHA EMISIÓN: 30/11/2011 |

TIPO DE EXÁMEN: ADMISIÓN X PERIODICO ___ RELOCALIZACION ___ RETIRO ___ REINGRESO ___

OTRO: _____

FECHA: 23 Julio 2015

EMPRESA: Hospital de Usme

NOMBRE: William Bolaños Ruiz IDENTIFICACION 11410576

EDAD: 43 años CARGO OCUPACION Conductor

APTO X

APTO PARA DESEMPEÑAR CON RESTRICCIONES (SE DEBE ANEXAR CONCEPTO MEDICO) ☐

APLAZADO ☐

APTO PARA LA MANIPULACION DE ALIMENTOS ☐

APTO PERO REQUIERE DESEMPEÑAR CON RESTRICCIONES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO ☐

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y EXAMENES PARACLINICOS**

VISIOMETRIA: _____ ESPIROMETRIA _____

OPTOMETRIA _____ OTROS _____

**RECOMENDACIONES:**

| MÉDICAS | OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| Remisión EPS | Higiene postural | Dejar de fumar |
| Seguimiento a caso por la ARL | Pausas activas | X Control de peso |
| Continuar manejo médico | Uso de EPP | X Suspender / reducir el consumo de bebidas alcohólicas |
| Control cifras tensión arterial | Manejo adecuado de cargas | Practicar deporte |
| Otra: | Uso de Gafas de seguridad | Habitos alimenticios saludables |
| | Uso de Tapabocas | Otra: |
| | Uso de Protección auditiva | |
| | Uso de Protección visual | |

**RECOMENDACIONES GENERALES**

Debe utilizar Gafas oscuras

FIRMA
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C 11410576

EPS | sura

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SURA

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SURA**

## CERTIFICA

**Que WILLIAM BOHORQUEZ RUIZ identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANIA número 11410576, aparece registrado(a) en EPS SURA con la siguiente información:**

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 11410576 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | WILLIAM BOHORQUEZ RUIZ |
| TIPO DE AFILIADO | TITULAR |
| PARENTESCO | TITULAR |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | COBERTURA INTEGRAL |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA | 18-01-2010 |
| FECHA RETIRO LABORAL EPS SURA | VIGENTE |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 870 |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | 0 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 51 |
| EMPLEADOR(ES)* | |

*Se reportan, a partir de la fecha de este certificado, los empleadores con los cuales ha estado afiliado a EPS SURA en los últimos 12 meses.

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

**Fecha de generación:** **12/12/2017**

**ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO PARA CERTIFICAR SEMANAS COTIZADAS AL SGSSS**

ARL | sura

Medellín, 12 de diciembre de 2017

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

## CERTIFICA:

Que WILLIAM BOHORQUEZ RUIZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 11410576 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
**Fecha inicio cobertura:** 01/11/2016 **Fecha fin cobertura:**

| INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE |
|---|
| **SUB RED SUR N900958564** |
| **ACTIVIDAD ECONÓMICA:**<br>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<br>**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%<br>**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000003 - RIESGO 4<br>**CLASE:** 4 **PORCENTAJE:** 4,35%<br>**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**<br>4603201 - EMPRESAS DEDICADAS AL TRANSPORTE COLECTIVO NO REGULAR DE PASAJEROS |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA |
|---|
| **ACTIVIDAD ECONÓMICA:**<br>4603101 - EMPRESAS DEDICADAS AL TRANSPORTE NO REGULAR INDIVIDUAL DE PASAJEROS<br>**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 4603101<br>**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 generación1734631837

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: 12/12/2017 8.50 AM

Dirección IP: 190.24.146.205, 172.16.42.236

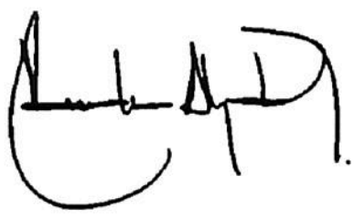
porvenir
sólo hay uno

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

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **WILLIAM BOHORQUEZ RUIZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **11,410,576**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Diciembre de 2017.



Gerente de Clientes

Bogotá D.C 12 de diciembre de 2017

Señores:

**SUBRED INTEGRDA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**

Por medio de la presente, yo **WILLIAM BOHORQUEZ RUIZ**, identificado con Cedula de Ciudadanía número **11.410.576** de Cáqueza, autorizo a la Subred 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,

**WILLIAM BOHORQUEZ RUIZ**

C.C. **11.410.576** de Caqueza

Celular: 3134767256

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** | **PM-GRI-FT-05**

Fecha de Diligenciamiento — Día: 12 — Mes: 12 — Año: 2017

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

## PERSONA NATURAL

Nombre Completo: William Bohórquez Ruiz

CC: [X] — CE: [ ] — TI: [ ] — Otro: [ ] — N°: 1140576

Fecha Nacimiento — Día: 31 — Mes: 01 — Año: 1972 — Lugar Nacimiento: Bogotá

Profesión, Ocupación u Oficio: Conductor — Fecha Expedición Documento: 04-06-1990

Dirección Residencia: K 12 # 22B-80 sur — Teléfono (s): 3134767256

Ingresos Mensuales: 1'800.000 $ — Egresos Mensuales: 1'600.000 =

Otros Ingresos diferentes a la relación contractual — SI: [ ] — NO: [ ] — Otros Ingresos Mensuales: N.A.

Concepto Otros Ingresos: N.A.

Estado Civil: Casado — Correo Electrónico: williambohórquez@live.com.

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

¿Maneja Recursos Públicos? SI [N.A], NO [ ] — ¿Tiene Reconocimiento Público? SI [N.A] NO [ ]

¿Ejerce algún grado de Poder Público? SI [N.A] NO [ ] — ¿Es familiar de una persona publicamente expuesta? SI [N.A], NO [ ]

## 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: AAAA-MM-DD — 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. |
|---|---|---|---|---|
| N.A. | | N.A. | N.A. | N.A. |
| | | | | |
| | | | | |

## ACTIVIDAD EN OPERACIONES INTERNACIONALES

¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera? SI [N.A] NO [ ] — Cuál: N.A

¿Poseé productos Financieros en el Exterior? SI [N.A] NO [ ] — Cuál: N.A

| Producto | | Número Producto | Moneda | Monto | Entidad | País | Ciudad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N.A. | | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. | N.A. |
| | | | | | | | |

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.
Salud

**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:** Prestando mis servicios como conductor en Administrativo en la Subred Sur.

## 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, llegaren 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 12 días del mes de Diciembre del año 2017 en la ciudad de Bogotá.



**HUELLA**

**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 | AAAA-MM-DD | | Hora | Firma | |
| Observaciones | | | | | |