Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste | UTC -5 11:11:01 | CARLOS FELIPE TRI...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → **Configuración Entidad Estatal/Proveedor**

Id de página:: 14005969 Ayuda

- Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
- Áreas de interés
- Configuración Entidad Estatal / Proveedor
- Administración de usuarios
- Recomendaciones (no disponible)
- Biblioteca de documentos
- Suscripción a notificaciones

Últimas modificaciones | Todos los usuarios | Activo | Seleccione | Crear

Búsqueda de usuarios

Buscar | (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Nombre	Correo electrónico	Fecha de registro	Acceso a la cuenta	Última actualización de estado	Usuario	
CARLOS FELIPE TRIANA VELASQUEZ	caribeando1978@gmail.com	1/11/2018 11:16:58 AM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	Aceptado	1/11/2018 1:55:24 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	Activo	Editar Detalle

CARLOS FELIPE TRIANA VELASQUEZ

OPCIONES
- Crear usuarios
- Aceptar acceso
- Rechazar acceso
- Cancelar acceso
- Revertir rechazo del acceso

VER
- Últimas modificaciones
- Todos
- Usuarios activos
- Usuarios inactivos
- Accesos pendientes
- Accesos aceptados
- Accesos rechazados
- Usuarios bloqueados

HERRAMIENTAS

Herramientas no está disponil Ver detalle »

© 2014 Vortal Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

JOTA
018000-52-0808 . Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.



Nombre
Nombre
Email
Email

CLICK ACÁ PARA INICIAR CHAT

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
Triana	Velasquez	Carlos Felipe.

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 79749429 — SEXO: F ( ) M (X) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 79749429 D.M 2

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 12 MES 08 AÑO 1978

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotá

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cl 52A Sur Bl 6 Ap

PAÍS: Colombia DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotá D.C.

TELÉFONO: 4508082 EMAIL: bahia19780 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)

TÍTULO OBTENIDO: Bachiller Comercial

EDUCACIÓN BÁSICA											FECHA DE GRADO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		
1o.	2o.	3o.	4o.	X	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	MES 12 AÑO 1995

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
UN	10	X		Trabajador Social	10	2000	3094927021

ESPECIFIQUE 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
Inglés	X				X			X	

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 Salud Centro Oriente	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
302-3399604	DÍA 17 MES 04 AÑO 2017	DÍA 30 MES 06 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Trabajador Social	Salud Pública	AV Caracas 33-11

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital de Usme I. Nivel, ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7660666	DÍA 15 MES 11 AÑO 2007	DÍA 30 MES 06 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Trabajador Social	Salud Pública	KR 13 A 135-78 Sur

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital de Chapinero I Nivel ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3499080	DÍA 04 MES 04 AÑO 2007	DÍA 15 MES 11 AÑO 2007

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Trabajador Social	Proyectos VEL	CL 66 15-41.

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ICBF - Universidad Nacional	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4377630	DÍA 15 MES 09 AÑO 2005	DÍA 08 MES 04 AÑO 2007

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Trabajador Social	Programa Adulto Mayor	AVKR 68 GA C-75

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			
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO			
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		13	7
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		13	7

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 D.C., 29 de Mayo de 2018

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

Departamento Administrativo de la Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Carlos Felipe Triana Velásquez

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] C.E. [2] OTRO [3] No. 79'749.429 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN Bogotá

DIRECCIÓN CL 52 A Sur 81 G 41 TELÉFONOS 4508082 / 311-5783248

MUNICIPIO Bogotá D.C. DEPARTAMENTO Cundinamarca PAÍS Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
Luz Stella Velásquez Martínez	41'753.619	Madre
Edgar Triana Farías	3'021.817	Padre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN [ ], PARA RETIRARME [ ], PARA ACTUALIZACIÓN [X], PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE [ ], QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	32'106.667
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	32'106.667

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Davivienda	Ahorros	00580 7013 18958	P. Veraniego	$ 500.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR
Inmueble	Casa barrio El Carmelo Kennedy	$ 120'000.000

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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá D.C., 29 de Mayo de 2018
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

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

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TITULO DE

Trabajador Social

A

Carlos Felipe Triana Velásquez

C.C. No. 79.749.429 EXPEDIDA EN Bogotá D.C.

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá, D. C., Octubre 3 DEL 2003

DECANATURA DE LA FACULTAD | RECTORÍA DE LA UNIVERSIDAD | SECRETARÍA GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 54 DEL LIBRO DE DIPLOMAS No. 2
DE LA SEDE DE Bogotá, D. C. FACULTAD DE C. Humanas

3077142

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE
Ciencias Humanas

ACTA DE GRADO NÚMERO 9386

El Consejo de Facultad en su sesión del día 18 *de* Sept. *de 200*3 *Acta No.* 22

CONSIDERANDO QUE:

Carlos Felipe Triana Velásquez

C.C. No. 79.749.429 Staf de Bta

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad resuelve otorgarle el título de

Trabajador Social

En nombre y representación de la Universidad Nacional de Colombia y de la República de Colombia y previo al juramento de rigor, el Decano de la Facultad hizo entrega del Diploma Número 0077142 *registrado en el Folio No.* 54 *del Libro* 2

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá *a los* 3 *días del mes de* Octubre *de 200*3

Presidencia
Consejo de Facultad

Secretaría
Consejo de Facultad

Secretaría SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

FUNDACION FES SOCIAL

Hacen constar que:

Carlos Felipe Triana

Asistió al curso para desarrollar competencias en la implementación del programa



para la promoción de patrones de consumo alimentario, actividad física y espacios libres de humo de cigarrillo.

Con una intensidad de 80 horas

Dada a los nueve (9) días del mes de julio de dos mil siete (2007).

José Fernando Martínez Lopera
Director Salud Pública
Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Julio César Mateus Solarte
Director División Salud
Fundación FES Social

Bogotá sin indiferencia

CENTRO CAMILIANO
DE HUMANIZACIÓN

CONSTANCIA

Carlos Felipe Triana V.

Por su participación en el Seminario de Humanización - Nivel I

Del 19 al 20 de Mayo Intensidad: 10 Horas

Bogotá, 20 de Mayo de 2005

Dra. Sandra Isabel Lozano Zerón
Gerente Hospital Suba

Adriano Tarraran
Director

BIENESTAR FAMILIAR

LIBERTAD Y ORDEN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

El Programa Nacional de Alimentación para el Adulto Mayor "Juan Luis Londoño De La Cuesta"

Certifica que:

Carlos FelipeTriana Velázquez

Asistió a la "Jornada de Capacitación", en el marco del Programa Nacional de Alimentación para el Adulto Mayor "Juan Luis Londoño De la Cuesta", Celebrada en la ciudad de Bogotá durante los días 16 y 17 de marzo de 2006

Dado en Bogotá, D.C., a los diecisiete (17) días del mes de marzo de 2006

Marisol Ramos Niño
Subdirectora de Asesoría Territorial
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Arturo José Parada Baños
Director del P.N.A.A.M.
Universidad Nacional de Colombia

LA LÌNEA DE PROFUNDIZACIÒN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN
DE LA ENFERMEDAD
FACULTAD DE ENFERMERÌA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CERTIFICA QUE

CARLOS FELIPE TRIANA **CC 79 749 429 de Bogotá**

ASISTIO AL XII SIMPOSIO "EXPERIENCIAS DE INTERDISCIPLINARIEDAD, INTERSECTORIALIDAD Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA VIDA DIGNA"

REALIZADO EL DÌA 26 DE NOVIEMBRE DE 2004

Mery C García V.

MERY CONSTANZA GARCÌA
COORDINADORA DE LA LÍNEA
DE PROFUNDIZACIÒN



LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Dirección de Salud Pública

Hace constar que:

Carlos Felipe Triana

C.C. **79749429**

Participó en el curso de fundamentos y seguimiento a la implementación del programa "MUEVETE COMUNIDAD", con una intensidad de 52 horas presenciales, realizado en el mes de mayo de 2009, en Bogotá D.C.

Liliana Sofía Cepeda Amaris
Directora de Salud Pública

Clara Patricia Ramos Romero
Coordinadora Académica del Curso

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOG BOGOTÁ POSITIVA GOBIERNO DE LA CIUDAD

SECRETARÍA DE SALUD

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF , autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, CARLOS FELIPE TRIANA VELÁSQUEZ en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c *del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos* personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

TRABAJADOR SOCIAL

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 79'749.429

Tarjeta profesional No: 094927901-R

Dirección de contacto: CL 52 A Sur 81 G 41

Teléfono: 4508082 , 311-5783248

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE

Ciencias Humanas

ACTA DE GRADO NÚMERO 9386

El Consejo de Facultad en su sesión del día 18 *de* Sept. *de* 2003 *Acta No.* 22

CONSIDERANDO QUE:

Carlos Felipe Triana Velásquez

C.C. No. 79.749.429 Staf. Bta

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad resuelve otorgarle el título de

Trabajador Social

En nombre y representación de la Universidad Nacional de Colombia y de la República de Colombia y previo al juramento de rigor, el Decano de la Facultad hizo entrega del Diploma Número 0077142 *registrado en el Folio No.* 54 *del Libro* 2

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá *a los* 3 *días del mes de* Octubre *de* 2003

Presidencia
Consejo de Facultad

Secretaría
Consejo de Facultad

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.

CERTIFICACION

LA SUSCRITA COORDINADORA DE LA OFICINA DE CONTRATACION, CERTIFICA QUE EL SEÑOR CARLOS FELIPE TRIANA VELASQUEZ, IDENTIFICADO CON C.C. No. 79.749.429, HA SUSCRITO CON LA SUDRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD USME E.S.E. NIT: 900.958.564-9, LOS SIGUIENTES CONTRATOS:

No CONTRATO	VIGENCIA	OBJETO	ESTADO	VALOR
1209-2010	10/08/2010-30/09/2010	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$3.400.000.00
2138-2010	04/10/2010-31/10/2010	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$1.733.333.00
3045-2010	04/11/2010-21/11/2010	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$1.333.333.00
3045-2010	22/11/2010-30/11/2010	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$333.334.00
4079-2010	16/12/2010-31/12/2010	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$1.666.667.00
1064-2011	07/02/2011-30/05/2011	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$5.600.000.00
1322-2011	02/05/2011-31/08/2011	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$7.933.333.00
2725-2011	01/09/2011-31/10/2011	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$4.000.000.00
3719-2011	01/11/2011-30/11/2011	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$2.000.000.00
4811-2011	01/12/2011-30/12/2011	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$2.000.000.00
0234-2012	01/01/2012-31/01/2012	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$2.000.000.00
1396-2012	09/02/2012-30/04/2012	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$5.466.667.00
1997-2012	02/05/2012-31/07/2012	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$6.000.000.00
2816-2012	01/08/2012-31/08/2012	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$2.000.000.00
3126-2012	01/09/2012-30/11/2012	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$6.000.000.00
3126-2012	01/12/2012-03/12/2012	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$269.076.00
3126-2012	04/12/2012-31/12/2012	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$2.421.680.00
0612-2013	02/01/2013-28/02/2013	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$5.381.512.00
0612-2013	01/03/2013-30/04/2013	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$5.512.822.00
0612-2013	01/05/2013-31/05/2013	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$2.756.411.00
2106-2013	01/06/2013-30/06/2013	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$2.756.411.00
2106-2013	01/07/2013-15/08/2013	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$4.134.617.00
2106-2013	16/08/2013-31/08/2013	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$1.378.206.00
2792-2013	04/09/2013-30/09/2013	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$2.756.411.00
2792-2013	01/10/2013-31/10/2013	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$2.929.000.00
2792-2013	01/11/2013-30/11/2013	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$2.929.000.00
2792-2013	01/12/2013-26/12/2013	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$2.245.559.00
2792-2013	27/12/2013-31/12/2013	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$683.441.00
2792-2013	01/01/2014-31/01/2014	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$2.929.000.00
2792-2013	01/02/2014-28/02/2014	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$2.929.000.00
0411-2014	01/03/2014-30/04/2014	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$5.858.000.00
0411-2014	01/05/2014-31/05/2014	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$2.929.000.00
0411-2014	01/06/2014-30/06/2014	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$2.929.000.00
0411-2014	01/07/2014-31/07/2014	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$2.929.000.00
0411-2014	01/08/2014-31/08/2014	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$2.929.000.00

Carrera 13 # 135A - 42 sur
Código postal: 110541
PBX: 766 0666
www.eseusme.gov.co
Línea 195

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

0411-2014	01/09/2014-15/09/2014	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$1.464.500,00
0411-2014	17/09/2014-30/09/2014	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$1.464.500,00
0411-2014	01/10/2014-31/10/2014	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$2.929.000,00
0411-2014	01/11/2014-15/11/2014	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$1.464.500,00
0411-2014	24/11/2014-30/11/2014	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$1.464.500,00
0411-2014	01/12/2014-31/12/2014	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$2.448.644,00
0633-2015	01/01/2015-17/01/2015	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$1.650.003,00
0633-2015	18/01/2015-31/01/2015	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$1.278.997,00
0633-2015	01/02/2015-28/02/2015	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$2.929.000,00
0633-2015	01/03/2015-31/03/2015	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$2.929.000,00
0633-2015	01/04/2015-30/04/2015	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$3.036.201,00
0633-2015	01/05/2015-31/05/2015	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$3.036.201,00
0633-2015	01/06/2015-30/06/2015	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$3.036.201,00
0633-2015	01/07/2015-31/07/2015	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$3.036.201,00
0633-2015	01/08/2015-31/08/2015	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$3.036.201,00
0633-2015	01/09/2015-30/09/2015	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$2.970.197,00
0633-2015	01/10/2015-31/10/2015	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$3.003.199,00
0633-2015	01/11/2015-30/11/2015	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$3.036.201,00
0633-2015	01/12/2015-27/12/2015	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$2.530.168,00
0633-2015	28/12/2015-31/12/2015	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$506.032,00
0633-2015	01/01/2016-31/1/2016	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$3.036.201,00
0633-2015	04/02/2016-29/02/2016	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$3.036.201,00
0772-2016	02/03/2016-31/03/2016	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$3.241.752,00
0772-2016	01/04/2016-30/04/2016	TRABAJADOR SOCIAL	EJECUTADO	$3.241.752,00
0772-2016	01/05/2016-31/05/2016	TRABAJADOR SOCIAL	EN EJECUCIÓN	$3.241.752,00

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.

Se advierte que la información contentiva de la presente certificación fue tomada de la base de datos que reposa en la entidad.

La anterior se expice a solicitud del interesado a los (06) días del mes de mayo de 2016.

Cordialmente

SADAY G. LAROTTA VELANDIA
Coordinadora Oficina de Contratación

Elaboró: Alix E.Téllez Quitián / Asistente Oficina Asesora Jurídica

Para verificar la validez de este documento favor comunicarse al teléfono 766 06 66 Ext. 1005.
Codigo de Verificacion: 7SV1CZKBD

Carrera 13 # 135A - 42 sur
Código postal: 110541
PBX: 766 0666
www.eseusme.gov.co
Línea 195

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

LA SUSCRITA

COORDINADORA DE TALENTO HUMANO

DEL HOSPITAL DE USME I NIVEL, E.S.E.

HACE CONSTAR:

Que el Señor ***CARLOS FELIPE TRIANA*** *identificado con* ***C.C. 79.749.429*** *expedida Bogotá presta sus servicios como* ***TRABAJADOR SOCIAL*** *en el HOSPITAL DE USME I Nivel E.S.E mediante contrato de prestación de servicios a partir del 16 de Noviembre de 2007 con la COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO GRUPO LABORAL, con una tarifa mensual de DOS MILLONES DE PESOS MCTE ($2.000.000,oo).*

Se expide la presente constancia por solicitud escrita del interesado.

Dada en Bogotá el Dos (02) días del Julio de Dos Mil Ocho (2008).

GLORIA AMPARO ARBELAEZ JIMENEZ
COORDINADORA TALENTO HUMANO

grupo laboral
Cooperativa de Trabajo Asociado

LA SUSCRITA DIRECTORA ADMINISTRATIVA DE

GRUPO LABORAL SALUD

CERTIFICA

Que el señor(a) **CARLOS FELIPE TRIANA VELAZQUEZ,** identificado(a) con cedula de ciudadania **No 79.749.429** está asociado(a) a esta cooperativa desde el Dieciséis (16) de Noviembre de 2007, hasta el quince (15) de Junio de 2009, prestando sus servicios como **TRABAJADOR SOCIAL** en el centro **E.S.E HOSPITAL DE USME,** con convenio asociativo y una compensación integral de:

COMPENSACION BASICA	:	$ 716.000
BENEFICIOS COOPERATIVOS	:	$ 164.680
AYUDA DE MOVILIZACION	:	$ 250.000
BENEFICIOS COOPERATIVOS TECNICOS	:	$ 605.098
TOTAL DEVENGADO	:	**$1.735.778**

Se expide en Bogotá D.C. a solicitud del interesado, a los Veintiocho días (28) del mes de Julio de 2009.

Atentamente, grupo laboral C. T. A. NIT: 830.140.063-5

ROSALBA SANTOS MUÑOZ
Directora Administrativa
Grupo Laboral

Carrera 61 No. 100-56 Telefax. 617 6087 Pbx: 271 1007
e-mail: grupo.laboral@hotmail.com
Bogotá, D.C.

Coop. Intrasalud Cta.
Las manos de la salud
NIT. 830.100.735-5

LA SUSCRITA SUBGERENTE DE SERVICIOS DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PARA LA SALUD
COOPINTRASALUD
NIT 830.100.735-5

CERTIFICA:

Que, TRIANA VELASQUEZ CARLOS FELIPE identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 79.749.429 presenta la siguiente situación:

1. Se encuentra afiliado(a) como asociado(a) a COOPINTRASALUD.
2. Como trabajador(a) asociado esta vinculado(a), desempeñando el cargo de TRABAJADOR SOCIAL en los siguientes periodos:

- Desde el 01 de Febrero de 2005 hasta el 14 de Septiembre de 2005. Actividad que realizó en EL HOSPITAL DE SUBA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.
- Actualmente desde el 01 de Abril de 2007, devengando una compensacion basica mensual de CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE ($433.700) y Otros Reconocimientos economicos la suma de UN MILLON DOSCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE ($1.266.300). Bajo la modalidad contractual de Acto Cooperativo, para la ejecución de labor individual. Actividad que realiza en EL HOSPITAL CHAPINERO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO.

La presente certificación se expide con destino al interesado, a los 16 días del mes de Octubre de 2007.

LUISA OSORIO TORRES
SUBGERENTE DE SERVICIOS
DMG.6729

COOP. INTRASALUD
NIT 830.100.735-5

Para su confirmación favor, comunicarse con la línea de atención y solicitud de certificaciones laborales: 522 46 78

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE GESTION

3. ODS No. 210 con fecha **Febrero 10 de 2006**
FECHA DE INICIO: Febrero 10 de 2006
FECHA DE TERMINACIÓN: Abril 30 de 2006
OBJETO GENERAL: 1. Prestar asesoría técnica al Programa en los niveles regional y zonal teniendo en cuenta los procesos que le integran y las etapas que corresponde de conformidad con los lineamientos técnicos y administrativos. 2. Asesorar a los diferentes actores del programa (CSF, Alcaldía, Operadores, Beneficiarios Comunidad en los niveles regional y zonal, en todo lo relacionado con el desarrollo de sus componentes en búsqueda del logro del objetivo del programa. 3. Facilitar el enlace entre los diferentes actores que intervienen en el desarrollo del Programa: CSF, Alcaldía, Operadores, Beneficiarios Comunidad, para la integración de los procesos de los mismos. 4. Apoyar a nivel regional en las acciones de seguimiento y evaluación del Programa en el área territorial asignada para logro de cumplimiento de sus objetivos. 5. Apoyar a los supervisores de los contratos con los operadores. 6. Mantener comunicación permanente con el CSF Regional y Zonal, con las Coordinadoras Técnicas y Administrativa del Programa a nivel regional con el fin de articular los procesos de comunicación e información del programa. 7. Presentar Informe Mensual sobre el desarrollo del Programa y sobre la Asistencia Técnica prestada en cada municipio de área a su cargo. 8. Se le reconocerán Gastos de Estadía a que haya lugar.
VALOR TOTAL: Cinco millones cuatrocientos mil pesos M/cte ($5.400.000) a razón de $1.800.000 cada mes

4. ODS No. 698 con fecha **Abril 19 de 2006**
FECHA DE INICIO: Mayo 2 de 2006
FECHA DE TERMINACIÓN: Julio 30 de 2006
OBJETO GENERAL: el mismo objeto de la ODS 210.
VALOR TOTAL: Tres millones seiscientos mil pesos M/cte ($3.600.000)

La presente constancia se expide a solicitud del interesado, en la ciudad de Bogotá, D.C. a 6 de octubre de año 2006.

CARLOS JULIO PACHECO CONSUEGRA
DECANO
FACULTAD DE MEDICINA

DORIS RAMÍREZ DE PEÑA
DIRECTORA
PNAAM "Juan Luis Londoño de la Cuesta"
TEL: 4377830 Ext.: 3289 Bogotá

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE GESTION

EL DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y EL DIRECTOR DEL PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACIÓN PARA EL ADULTO MAYOR "JUAN LUÍS LONDOÑO DE LA CUESTA"

PNAAM-006-2006

HACEN CONSTAR:

Que, **CARLOS FELIPE TRIANA VELASQUEZ** identificado con la cédula de ciudadanía No. **79.749.429** celebró con la Universidad Nacional de Colombia las órdenes contractuales, en modalidad de Prestación de Servicios, que se relacionan a continuación:

DOCUMENTO	NÚMERO	FECHA	PERIODO	VALOR	No. PAGOS
ODS	831	14/09/05	Del 19 de septiembre al 15 de diciembre de 2005	$ 5.220.000	4
ADS	1	15/12/06	Del 16 de diciembre de 2005 al 28 de enero de 2006	$ 2.580.000	2
ODS	210	10/02/06	Del 10 de febrero al 30 de abril de 2006	$ 5.400.000	Varios
ODS	698	19/04/06	Del 2 de mayo al 30 de junio de 2006	$ 3.600.000	Varios

1. ODS No. 831 con fecha **Septiembre 14 de 2005**
FECHA DE INICIO: Septiembre 19 de 2005
FECHA DE TERMINACIÓN: Diciembre 15 de 2005
OBJETO GENERAL: 1.Apoyar de manera permanente la operatividad del Programa bajo las orientaciones generales establecidas en los lineamientos técnico – administrativos y en los manuales operativo y de asistencia técnica del Programa. 2.Apoyar la articulación de los diferentes actores relacionados con el desarrollo del programa a nivel Distrital: ICBF, departamento Administrativo de Bienestar Social DABS, Consejos locales de Politica Social, Operadores, beneficiarios y la comunidad, en torno a las competencias de cada uno. 3.Asesorar a los actores de los diferentes niveles territoriales (Distrital, Zonal y comunitario) en cuanto al funcionamiento del programa y brindar el apoyo necesario para garantizar su operatividad en las distintas localidades del Distrito. 4.Apoyar el proceso de consolidación y fortalecimiento de las veedurías ciudadanas y de la red social de apoyo en las distintas localidades donde opere el Programa.
VALOR TOTAL: Ocho millones setecientos mil pesos M/cte ($8.700.000), a razón de $1.800.000 cada mes.

2. ADS No. 1 con fecha **Diciembre 01 de 2005**
FECHA DE INICIO: Diciembre 16 de 2005
FECHA DE TERMINACIÓN: Enero 28 de 2006
OBJETO GENERAL: Los mismos de la ODS 599
VALOR TOTAL: Dos millones quinientos ochenta mil pesos M/cte ($2.580.000)

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

ODS (ODS) No. 1804
Por valor de $ 3.600.000

FECHA DE EJECUCIÓN: 16 de Noviembre – 30 de Diciembre de 2006

OBJETO GENERAL: Coordinar y supervisar la recolección de la información durante el muestreo

- Coordinar y supervisar la recolección de la información en los departamentos de Bogotá, Cundinamarca, Tolima y Huila
- Adelantar las tareas necesarias para el desarrollo de la sistematización y análisis de la información

ODS (ODS) No. 165
Por valor de $ 5.400.000

FECHA DE EJECUCIÓN: 8 de Febrero – 8 Abril de 2007

OBJETO GENERAL: Supervisar la recolección de los datos por parte del grupo de encuestadores en la Costa Atlántica y Antioquia, y participar en el análisis de los datos y escritura de los documentos que conforman el modelo de evaluación del PNAAM.

- Coordinar y orientar las actividades a desarrollar en los departamentos de Bolívar, Sucre, Córdoba y Antioquia para el diligenciamiento en la implementación del modelo de evaluación y seguimiento para el PNAAM
- Elaborar un informe de carácter cualitativo tomando como referencia los diarios de campo de cada uno de los supervisores de campo
- Apoyar y participar en la escritura de los documentos que soportan el modelo y el informe final de ejecución del proyecto
- Acompañar las reuniones de presentación de los resultados del modelo y realizar las actas de las mismas

Se expide a solicitud del interesado, a los veinte seis (26) días del mes de Abril de dos mil siete (2007)

EDGAR MENDOZA VILLALOBOS
CARGO: DIRECTOR PROYECTO
TELÉFONO: 3165000 EXT. 15053

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

EL SUSCRITO DIRECTOR DE PROYECTO,

HACE CONSTAR:

Que el Señor **CARLOS FELIPE TRIANA VELÁSQUEZ** identificado con la cédula de ciudadanía No. **79'749.429**, celebró con la Universidad Nacional de Colombia la(s) orden(es) contractual(es) que se relaciona(n) a continuación:

ODS (ODS) No. 1026
Por valor de $ 5.400.000

FECHA DE EJECUCION: 4 de Julio – 30 de Septiembre de 2006

OBJETO GENERAL: Desarrollar propuestas metodológicas para la construcción del modelo de evaluación de procesos y resultados del PNAAM, del contrato interadministrativo No. 321 "DISEÑAR E IMPLEMENTAR UN MODELO DE EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTACION PARA EL ADULTO MAYOR".

- Aplicar los instrumentos de recolección de la información para la prueba piloto del modelo de evaluación del PNAAM.
- Desarrollar las tareas necesarias para el perfeccionamiento de los instrumentos y manual de campo.
- Coordinar y supervisar la recolección de la información durante el muestreo.
- Adelantar las tareas necesarias para el desarrollo de la sistematización y análisis de la información.

ODS (ODS) No. 1625
Por valor de $ 1.000.000

FECHA DE EJECUCIÓN: 6 de Octubre – 6 de Noviembre de 2006

OBJETO GENERAL: Desarrollar el Plan de Muestreo

- Revisión de Instrumentos
- Convocatoria y selección de los profesionales para la muestra
- Determinación de rutas para adelantar el muestreo
- Elaborar el plan de capacitación de los profesionales para la muestra
- Entrega de informe de la actividad



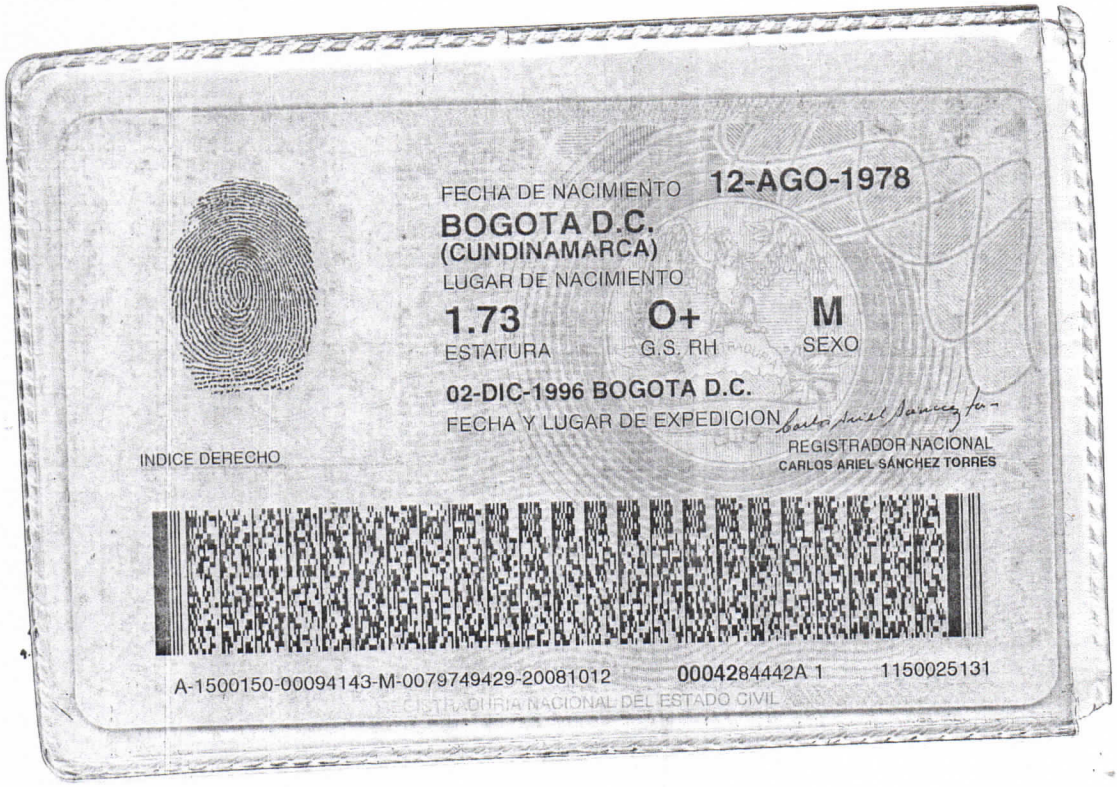
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.749.429
TRIANA VELASQUEZ

APELLIDOS
CARLOS FELIPE

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-AGO-1978
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

02-DIC-1996 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00094143-M-0079749429-20081012 0004284442A 1 1150025131

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14463605154

(415)7707212489984(8020) 000001446360515 4

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TRIANA	VELASQUEZ	CARLOS	FELIPE

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CL 52 A SUR 81 G 41

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
bahia1978@hotmail.com		4 5 0 8 0 8 2	3 1 1 5 7 8 3 2 4 8

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2
7 2 2 0	2 0 0 5 0 9 0 8	8 6 9 9	2 0 0 5 0 9 0 8			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
2 4 4 6	

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 renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 8 0 3 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: TRIANA VELASQUEZ CARLOS FELIPE

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 26-03-2018
Hora: 7:37:00 AM

CONTRIBUYENTE NIT 79749429-9 CARLOS FELIPE TRIANA VELASQUEZ

Información General

Dirección CL 52 A SUR 81G 41

Teléfonos 4508082-3115783248

Dirección electrónica BAHIA1978@HOTMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 31/08/2012

Soporte Inscripción 13479873

Fecha Inicio Actividades 08/09/2005

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 72202-INVESTIGACIONES Y DESARROLLO EXPERIMENTAL EN EL CAMPO DE LAS CIENCIAS SOCIALES Y LAS HUMANIDADES EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 2: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002814168

Scanned by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

79749429

PERTENECE AL EJERCITO DE

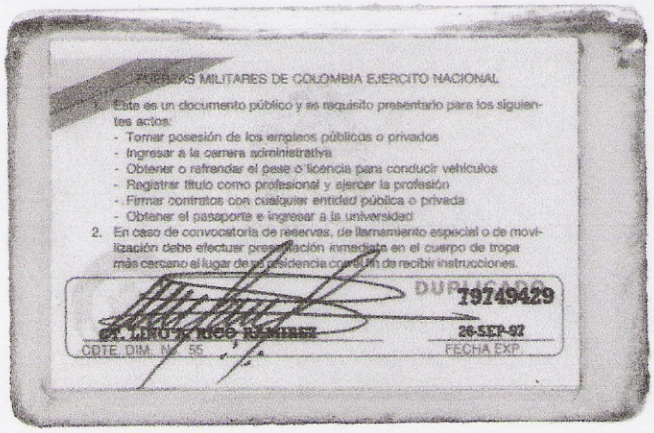
1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC. 98	31 - DIC. 18	31 - DIC. 28

APELLIDOS Y NOMBRES

TRIANA VELASQUEZ
CARLOS FELIPE

LUM 5AMAP ESP. MIL FUSILERO

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 fin de recibir instrucciones.

DUPLICADO
79749429

GR. JUAN [illegible] RAMIREZ
CDTE. DIM. No. 55

26-SEP-97
FECHA EXP.

Consejo Nacional de Trabajo Social

Ley 53 de 1977 Decreto Reglamentario No. 2833 de 1991

TRABAJADOR(A) SOCIAL
Código 094927901-R



Registro: 79.749.429
Nombres: Carlos Felipe
Apellidos: Triana Velásquez
Inscripción: 21 de octubre de 2003
Vigencia: 20 de septiembre 2023

Registro Profesional

1. Este Registro Profesional es personal e intransferible
2. De uso en todo acto de ejercicio de la profesión de Trabajo Social

5328770949279011933

CALLE 78 Nº 12 A - 15 TELEFAX: 257 6129

BOGOTÁ, D. C. - COLOMBIA

CONTAMATIC

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
FIEBRE TIFOIDEA	1			
MENINGO-COCO				
DPT ACELULAR				
HERPES ZOSTER				
ANTIRRÁ-BICA	1			
	2			
	R			
OTRAS				

Mundo Salud

Vacunación al día
Protección y Vida

NIT. 900.754.980-3
COD. DEL PRESTADOR 110012709702

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN Nº 1272

Autorizado por Secretaria Distrital de Salud

NOMBRE Carlos Felipe Triana Velasquez

FECHA DE NACIMIENTO 12-08-78 SEXO M

IDENTIFICACION 79749429

TELEFONO 4508082

VIGILADO Supersalud

Calle 27 Sur No. 22-11 - Tel: 696 72 46 - B. Olaya

Cel.: 320 346 7063 - Email: vacunacionmundosalud@gmail.com

Scanned by CamScanner

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLEVIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1	13 DIC 2016	HEPAVAX 1434026 V.06/03/2019	MUNDO SALUD S.A.S. NIT [illegible]
	2	13 ENE 2017	HEPAVAX 1434026 V.06/03/2019	MUNDO SALUD S.A.S.
	3	13 FEB 2017	HEPAVAX 1434026 V.06/03/2019	MUNDO SALUD S.A.S. NIT [illegible]
	R	24 MAR 2018	N34033483	[illegible] Gracieta Sepúlveda IPS Inmunización
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
INFLUENZA	1			
	2			
	3			
TOXOIDE TETÁNICO Y DIFTÉRICO	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
NEUMO-COCO	1			
FIEBREA AMARILLA	1			

Scanned by CamScanner

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.

Prestador: 110010653703
Direccion: Cra 24 Nro 84 - 37
Telefono: 7560686
Email: conceptos@soandes.co

SOA-FDSO-1 / REV 5 - JUL/14

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresin:	Bogota D.C. - 2016/09/12		
Paciente:	CARLOS TRIANA VELASQUEZ	Origen:	GENTE OPORTUNA S A S
C.C.:	79749429	Destino:	COLSUBSIDIO
Edad:	38 años	Cargo:	PSICOLOGO
Tipo Evaluación:	**EXAMEN INGRESO**	Nro Ingreso:	366645 / BOGOTA - ZONA INDUSTRIAL
Fecha Ingreso:	2016-08-17 09:55:10	Fecha Salida:	2016-08-17 10:38:40

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS | **LABORATORIO CLINICO** | **COMPLEMENTARIOS** | **VACUNACION**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: **APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO SIN PATOLOGIA APARENTE**

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

RECOMENDACIONES AL ENFASIS: SE DAN PAUTAS DE HIGIENE POSTURAL SE INDICAN PAUSAS ACTIVAS Y ESTIRAMIENTOS DE MIEMBROS SUPERIORES DURANTE LA JORNADA LABORAL.

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Manejo Psicolaboral
- [x] Pausas Activas
- [ ] Manejo de cargas o Posturas
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Remitir a ARL
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [ ] Uso de E.P.P.
- [x] Control Periodico PP por EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular: Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Visual: Educacin en higiene visual. Uso de proteccin visual segn tipo de exposicin. Adecuada iluminacin del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Recomendaciones Especificas

SE DAN PAUTAS DE HIGIENE POSTURAL SE INDICAN PAUSAS ACTIVAS Y ESTIRAMIENTOS DURANTE LA JORNADA LABORAL, CONTINUAR REALIZANDO EJERCICIO FISICO PERIODICO.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.

Profesional Ocupacional: MARIA XIMENA MANTILLA CUPABAN
Registro M.D: 52046171
Licencia S.O: 4512 de 08/05/09

Firma del Paciente: CARLOS FELIPE TRIANA VELASQUEZ
Identificacion: C.C. - 79749429

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: BT-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:	2018-05-30	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
TRIANA	VELÁSQUEZ	CARLOS	FELIPE	

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	79749429	BOGOTA	1996-12-02
PASAPORTE	OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1978-08-12	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) X	CASADO		DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE			311-5783248

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION OFICIO
MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO X	BACHILLER	OTRO	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	CUAL:	TRABAJADOR SOCIAL

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CL 52 A SUR 81 G 41	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA	4508082

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET:	TIPO DE VIVIENDA:		
		PROPIA X	FAMILIAR	ARRENDADA
bailfo1978@hotmail.com				

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI		SI NO X	7720	8899
		NO X	ICA	SI X NO	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:

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

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO?	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO [x]	SI ☐ NO [x]	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE, E.S.E.

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ VICIOS ☐ LUD ☐ # NIT:

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ INANCIERA TRANSPORTE ☐ T OLOGIA AL NTOS MEDICA NTOS ☐

OTRA [x] CUAL: X

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/DISTRITO	DEPARTAMENTO	PAIS
AV CARACAS 33 11	302-3399604	BOGOTÁ D.C.	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	TRABAJADOR SOCIAL	FECHA VINCULACION
		2017-04-17

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 2.600.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 2.800.000	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 120.000.000	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 2.800.000	TOTAL EGRESOS	$ 2.600.000	TOTAL ACTIVOS	$ 120.000.000	TOTAL PASIVOS	$ 0

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

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GOMEZ	MAYORGA	ZULMA	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR**
KR 80 D T D 52 BL 2 AP 702	BOGOTA - CUNDINAMARCA - COLOMBIA	AMIGA	5221656 / 319 5848493

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	0058 7013 6958	COLOMBIA - BOGOTÁ	PRADO VERANIEGO 3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO [x]

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORT ON ☐ EXPORTA ☐ TRANSFERENCI ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS TRA ☐ CUAL:

8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Empleada privada

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vinculo (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE- PERSONA NATURAL

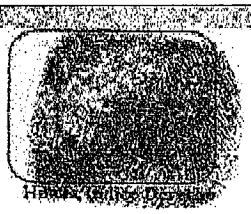
CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente/ Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACIÓN DE LA ENTREVISTA

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

XI. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

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

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) CARLOS FELIPE TRIANA VELASQUEZ identificado(a) con cedula ciudadania 79.749.429 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20170301	No Registrada	743

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 29 días del mes de Mayo de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
SUBRED DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
9639738

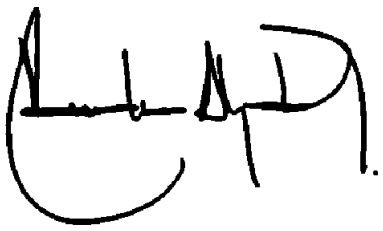
Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **CARLOS FELIPE TRIANA VELASQUEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **79,749,429**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 29 días del mes de Mayo de 2018.



_____
Gerente de Clientes

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

79'749.429	**SEGUROS BOLIVAR**
Numero de Documento	ARL

CARLOS	**FELIPE**	**TRIANA**	**VELÁSQUEZ**
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

12/08/1978	**BOGOTÁ**	**CL 52 A SUR 81 G 41**	**4505082**
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

COMPENSAR	**PORVENIR**	**2.800.000**
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

TRABAJADOR SOCIAL	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

bahia1978@hotmail.com	**311-5783248**
Correo Electrónico	Celular

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 110366263

WEB
12:34:34

Bogotá DC, 29 de mayo del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CARLOS FELIPE TRIANA VELASQUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79749429:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA 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 29 de mayo de 2018, a las 12:48:14, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	79749429
Código de Verificación	79749429180529124814

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

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

NESTOR FABIAN CASTILLO PULIDO

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2258495

Bogotá D.C., 29 de Mayo de 2018 - 12:38 pm

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) **CARLOS FELIPE TRIANA VELASQUEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **SETENTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTINUEVE** de BOGOTA D.C

79749429

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: 5_8EM7Y_3812
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:24:22 horas del 29/05/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **79749429**

Apellidos y Nombres: **TRIANA VELASQUEZ CARLOS FELIPE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Vti
INSPIRADOS EN USTED

ISO 9001 ISO 14001 ISO/IEC 27001

Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

Scanned with CamScanner

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **29/05/2018**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CARLOS FELIPE TRIANA VELASQUEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **79749429**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570005870136958**
Fecha de apertura	**08/01/2004**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA