

Subred Cent: X GEOREFERE: X Subred Cent: X Página princ: X Correo - lide: X Contenido: X Sistema d: X Activación d: X Confirmación: X https://com: X

Seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmation/Index?CModelKey=187c0673_d80b_4d63_82a7_22b9bdf54a6d.8742bd3e_8a6b_4163_84bc_f6b93568...

Aplicaciones | Sistemas de informaci: | Subred Centro Oriente | Iniciar sesión en la cui | GEOREFERENCIACIO | Comprobador de Der: | Advantage PACS | Resultados | SIQHOB

Colombia Compra Eficiente

Avanzar en el contrato

UTC -5 11:18:12

Buscar por proceso Menú

Buscar...

Confirmación de registro de la entidad

Id de página: 14001741 Ayuda

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicidades CESAR DANILO FLOREZ MATTA,
CESAR DANILO FLOREZ MATTA con el NIT 80749489 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >

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

JOTA

Inicio

ES 11:18 a.m. 02/08/2018

DEPARTAMENTO
ADMINISTRATIVO DE LA
FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Cesar Danilo Florez Matto
IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3 N° 80749489 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia Departamento Cundinamarca Municipio Bogota
Dirección calle 51 sur + 120-59 Teléfonos 305 7530710

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
<u>Jose Danilo Florez Sanchez</u>	<u>19283494</u>	<u>padre</u>
<u>Lady Espinoza Matto Beina</u>	<u>35492786</u>	<u>madre</u>

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☐
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐ ,QUE LOS UNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA,
EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	-
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ -
TOTAL	

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
<u>Banco de Bogota</u>	<u>Ahorros</u>	<u>274137181</u>	<u>Hoyuelos</u>	<u>200.000 =</u>
<u>Colpatria (Cedeasa)</u>	<u>Corriente</u>			

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
<u>Motorcicleta</u>	<u>ART TT 150 Modelo 2011</u>	<u>1.000.000 =</u>
<u>Garaje</u>	<u>Garaje Residencial Pástor Norte</u>	<u>8.000.000 =</u>

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
Tarjeta Codensa	Credito	3'000.000 =
Crediorbe	Credito Mobiliario	7'000.000 =

1.2. DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: SI ☐ 1 NO ☒ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	N°
	C.C. ☐ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

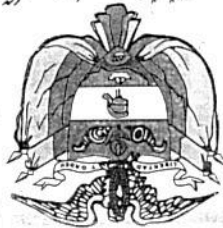
Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Cosmi Flores
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ 08 de agosto 2018
CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

"Externo" "Portio Barba Jacob"

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santa de Bogotá D.C.,
según Resolución No. 7473 del 19 de Noviembre de 1998

Confíate a:

Cesar Danilo Flores Motta

Acreditado (a) con 19. No. 850307-32346 de 1998

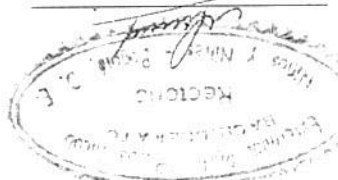
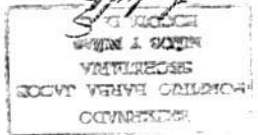
El Título de

Archivero

Don Especialidad en: Archivística y Fundición

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Técnica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994);

según los planes y programas vigentes.



Rector (a)

Marta Aurelia Barba Jacobos
C.D. No. 19.242.426 de Bogotá

Secretario (a)

Julia Geneth Quintero Rojas
C.D. No. 52.116.150 de Bogotá

Anotado al folio No. 04

Libro de Registro No. 05

En la ciudad de Bogotá D.C., a 28 de Noviembre del año 2001

"No requiere Registro" según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995

17

Página 8

Fecha: 24 de julio de 2015

Registro: 44106

Fecha: 24 de julio de 2015

Secretario General
Director
Docente

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Enfermero

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de

C.C. No. 80.749.489 de Bogotá D.C.

César Danilo Flórez Mata

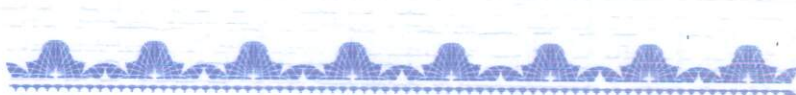
Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
entiendo en cuenta que:

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**
República de Colombia



Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83



EXTERNADO PORFIRIO BARBA JACOB

Inscripción S.E. 1878

DANE 311001006032

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los Veintiocho (28) días del mes de Noviembre del año 2001, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la rectoría del EXTERNADO PORFIRIO BARBA JACOB Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media Técnica y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Metalisteria y fund. según Resolución No. 7473 del Diecinueve (19) de Noviembre del año 1998.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica se procedió a otorgar el TÍTULO DE

BACHILLER TÉCNICO

CON ESPECIALIDAD METALISTERIA Y FUNDICIÓN

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

FLOREZ MATTA CÉSAR DANILO

T.I.850307-32346 DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ

Es fiel copia tomada del acta original general No 23 de fecha 28 de Noviembre que consta de 26 alumnos que comienza con el nombre de ARIAS UMBARILA OSCAR JAVIER y se cierra con el nombre de VEGA PIÑEROS JENNY MARCELA.

Firmado y sellado por MARCO AURELIO PARDO GRANADOS (Rector) y JULIA JANETH CASTRO ROJAS (Secretaria).

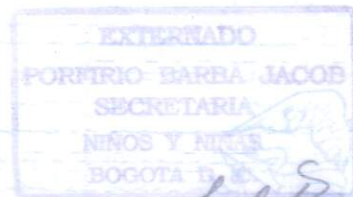
Dada en Bogotá, D.C. a los Veintiocho (28) días del mes de Noviembre del año 2001

Firmado y sellado



Rector

C.C. No. 19.242.426 de Bogotá



Secretaria

C.C. No. 52.116.150 de Bogotá

Diploma No. 04

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

ACTA DE GRADO 739

En Bogotá D.C., el 24 de julio de 2015 a las 9:00 horas, convocados por Resolución Nacional 122 del 16 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz y la Secretaria General, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **CESAR DANILO FLOREZ MATTA** con cédula de ciudadanía Número 80749489 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedor a recibir el título de **ENFERMERO**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de registro de títulos Tomo 8, Folio 98, número 44166

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General

Dada en Bogotá D.C., el 24 de julio de 2015.


MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General

 **FUNDACION UNIVERSITARIA
DEL AREA ANDINA**
SECRETARIA GENERAL

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud
Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

Certifica que

César Danilo Flórez Matta

80.749.489

Aprobó el Curso:

Primer Respondiente para Personal Salud

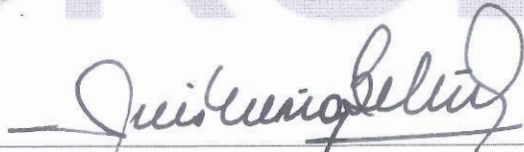
Intensidad horaria de ocho (8) horas

Validez de dos (2) años

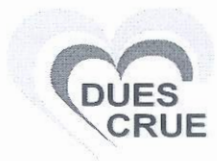
Bogotá – Colombia, 14 de Abril de 2015


Gabriel Darío Paredes Zapata

Director de Urgencias y Emergencias en Salud


Luis Enrique Beleño Gutiérrez

Subdirector de Gestión de Riesgo en Emergencias y
Desastres



ACADEMIA DE CAPACITACIONES
ANGELES DE LA SALUD
NIT 79719243-8

CODIGO DE VERIFICACION 889

CERTIFICA QUE:
CESAR DANILO FLOREZ MATTIA

C.C. 80.749.489

Ha completado satisfactoriamente el curso(s)-taller(s) de formación en ATENCIÓN A PACIENTE VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL con una intensidad horaria de cuarenta (40) horas, basado en los Requerimientos del decreto 4904 de 2009 del Ministerio de Educación Nacional.

BOGOTÁ DC DEL 01 AL 04 DE AGOSTO DE 2018



LINA MARÍA MEDINA
GERENCIA



NELSON F. CASTAÑO
DIRECCION

DIRECCION CALLE 14B #119-76 FONTIBON - EL RECORO
Y : 3508022659-3505618740-3222354745

 [angdelasalud](https://www.facebook.com/angdelasalud)
 [@angdelasalud](https://twitter.com/angdelasalud)
 angdelasalud@hotmail.com

DIRECCION WEB: www.angdelasaludcorp.blogspot.com
VIGENCIA AGOSTO DE 2020



REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que
CESAR DANILO FLOREZ MATTA
Con Cédula de Ciudadanía No. 80.749.489

Cursó y aprobó la acción de Formación
CUIDADO DEL PACIENTE EN ESTADO CRITICO
Con una duración de 100 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D. C. a los Nueve (9) días del mes de Diciembre de Dos Mil Nueve (2009)

MARIA ELENA MURCIA DUARTE

SUBDIRECTORA (E) CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

09/12/2009
Fecha Registro



HOSPITAL MILITAR CENTRAL UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA ASOCIACION COLOMBIANA DE CIRUGIA AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS



Certifican

Que

CESAR DANILO FLOREZ MATTA

Asistió al IV Curso Internacional de Trauma y Cirugía celebrado en el Hospital Militar Central los días 26 y 27 de abril de 2007 en la ciudad de Bogotá, con una intensidad de 16 horas.

CR. Med. Nohora Inés Rodríguez G.
Directora Hospital Militar Central

CR. Med Juan Miguel Estrada G.
Decano Fac. Medicina UMNG

Stevenson Marulanda MD
Presidente ACC

Francisco Henao P. MD. FACS
Gobernador para Colombia ACS



El Departamento de Educación Médica Continuada de la Clínica Partenón,

CERTIFICA QUE:
CESAR FLORES

Asistió a la V Jornada de Actualización en Enfermería y II Simposio de Medicina
“ABORDAJE DEL PACIENTE CARDIOVASCULAR”

Con una intensidad de diez horas. Bogotá, Septiembre 13 del 2005

Dr. VICTOR ALFONSO GARCIA Z.
GERENTE GENERAL

Dr. OSWALDO AGUILERA
COORDINADOR DE URGENCIAS

Lic. ZULMA ROMERO
COORDINADORA DPTO. DE ENFERMERIA

CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS

**PROGRAMA ATENCION PREHOSPITALARIA
SISTEMA DE EMERGENCIAS MEDICAS**

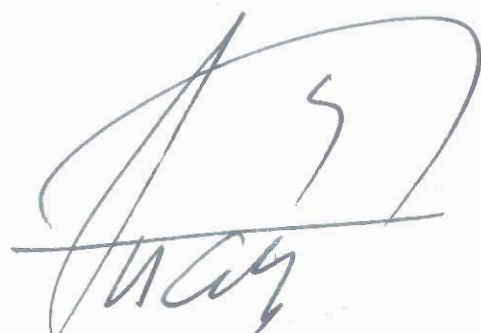
CERTIFICA QUE

CESAR DANILO FLOREZ MATTA.
C.C. 80.749.489

Aprobó el curso “**REANIMACION NEONATAL**”
Realizado en el Centro Regulador de Urgencias
con una intensidad de Catorce (14) Horas

Julio 18 y 19 de 2005

Validez dos (2) años



Alexander Paz Velilla
Jefe Centro-Regulador de Urgencias (E)



Adriana Reyes Salamanca
Asesora de Capacitación CRU



HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY III NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
OFICINA DE CALIDAD Y ATENCION AL USUARIO



Asociación Usuarios
Hospital Kennedy

CERTIFICAN QUE

CESAR DANILO FLOREZ MATTA

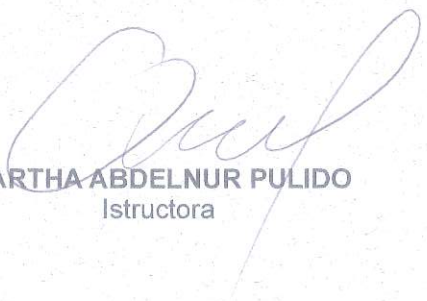
C.C. 80.749.489

ASISTIO AL CURSO DE PRIMEROS AUXILIOS
Y TALLER DE REANIMACION CARDIOPULMONAR

Intensidad: 120 Horas

Bogotá 30 de Julio de 2005

428


MARTHA ABDELNUR PULIDO
Istructora


ROSALBINA MUÑOZ DE PEÑA
Presidente Asociación de Usuarios


FABIO BARRERA BARÓN
Gerente

Bogotá sin indiferencia

Bogotá D.C

Señores:

Fordocas Varpescitongo del Acó Andino

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Cecilia Doroteo Flores HOFFO 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:

Enfermero

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Cecilia Flores

No. de documento:

80749489

Tarjeta profesional No:

80749489

Dirección de contacto:

Colle 51501 + 120-54

Teléfono:

5057530710



I.P.S. Especializada
Nit. 900.293.923-4

CERTIFICA:

IPS ESPECIALIZADA S.A. con NIT 900,293,923-4 Certifica que el (a) señor (a) FLOREZ MATTA CESAR DANILO identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 80,749,489 fue trabajador desde 03/10/2016 hasta 15/06/2018 quien ocupo el cargo de ENFERMERO(A) ATENCION DOMICILIARIA

Expedida en la ciudad de Pereira a los 03 de Julio del año 2.018

IPS ESPECIALIZADA

MARCO ANTONIO RODRIGUEZ MORALES
Coordinador de Nomina y Vinculación



VIDMEDICA LTDA

NIT 900.237.669-1

CERTIFICA:

Que revisados los archivos que reposan en esta área, se evidencia que el señor **CÉSAR DANILO FLÓREZ MATA** identificado con c.c. 80.749.489 de Bogotá, trabajó en la Unidad de Cuidado Crónico para pacientes ventilados con un contrato por prestación de servicios, desde el 1 de octubre del 2015 hasta el 1 de agosto del 2016 como **ENFERMERO**, con una suma de asignación mensual de \$2'082.000.

Para constancia, se firma a solicitud del interesado a los 13 días del mes de septiembre del 2017.

Cordialmente,

SANDRA MARCELA DÍAZ WILCHES
Coordinadora Unidad de Cuidado Crónico

Calle 49 A- 16 - 63

TEL 7572581

CEL 3013964007

E-mail unidadcronicoshlv@gmail.com

Bogotá D.C.- Colombia

Teléfono: 430 15 83 Celular: 320 407 85 94

Diagonal 85 No. 85A - 09 / Bogotá, D.C. - Colombia / E- mail: vidmedicaltda@hotmail.com



**HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL E.S.E.
NIT. 830.077.617-6
CONTRATACION CIVIL**

**EL SUSCRITO SUBGERENTE DEL HOSPITAL TUNJUELITO II NIVEL EMPRESA
SOCIAL DEL ESTADO**

HACE CONSTAR:

Que revisado el archivo general del Hospital, se encuentra el registro de **FLORES MATTÁ CESAR DANILO**, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. **80.749.489** quien ha prestado sus servicios en esta Entidad vinculado por Orden de Prestación de Servicios así:

ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCION		OBJETO	VALOR CONTRATO
	DESDE	HASTA		
No. 5225 de 2012	24 de diciembre de 12	30 de diciembre de 2012	AUXILIAR DE ENFERMERIA	\$ 250.667
No. 439 de 2013	2 de Enero de 2013	30 de enero de 2013	AUXILIAR DE ENFERMERIA	\$ 940.000
No. 627 de 2013	1 de febrero de 2013	28 de febrero de 2013	AUXILIAR DE ENFERMERIA - APH	\$ 940.000
No. 1263 de 2013	1 de marzo de 2013	30 de mayo de 2013	AUXILIAR DE ENFERMERIA - APH	\$ 3.300.000
No. 1955 de 2013	4 de junio de 2013	30 de junio de 2013	AUXILIAR DE ENFERMERIA - APH	\$ 1.100.000
No. 2614 de 2013	2 de julio de 2013	31 de julio de 2013	AUXILIAR DE ENFERMERIA - APH	\$ 1.100.000
No. 3268 de 2013	1 de agosto de 2013	30 de agosto de 2013	AUXILIAR DE ENFERMERIA - APH	\$ 1.100.000
No. 3951 de 2013	2 de septiembre de 2013	30 de septiembre de 2013	AUXILIAR DE ENFERMERIA - APH	\$ 1.100.000
No. 4638 de 2013	1 de octubre de 2013	30 de octubre de 2013	AUXILIAR DE ENFERMERIA - APH	\$ 1.100.000
N° 5331 de 2013	1 de noviembre de 2013	30 de noviembre de 2013	AUXILIAR DE ENFERMERIA - APH	\$ 1.100.000
N° 6318 de 2013	2 de diciembre de 2013	31 de diciembre de 2013	AUXILIAR DE ENFERMERIA - APH	\$ 1.100.000
N°15 de 2014	2 de enero de 2014	EN EJECUCION	AUXILIAR DE ENFERMERIA - APH	\$ 1.100.000

Para confirmar los datos que contiene esta constancia o solicitar información adicional favor comunicarse al área de contratación, líneas telefónicas **4853551 o 4852540 Ext. 119**.



9.3



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

EL SUSCRITO GERENTE
DEL HOSPITAL MEISSEN II NIVEL E.S.E.

CERTIFICA QUE:

Revisados los archivos de la Institución, él(a) señor(a) CESAR DANILO FLOREZ MATTA, identificado(a) con cédula de ciudadanía No.80.749.489 expedida en Bogotá suscribió contrato de prestación de servicio personales de carácter privado el cual están incluidas actas de prórroga y adición las cuales hacen parte integral de este contrato, desarrollando actividades como AUXILIAR DE ENFERMERIA, con los siguientes términos de ejecución:

EJECUCION

- Del 01 de Julio de 2005 al 02 de Enero de 2006
- Del 02 de Enero de 2006 al 31 de Marzo de 2006
- Del 01 de Abril de 2006 al 31 de Julio de 2006
- Del 01 de Agosto de 2006 al 01 de Enero de 2007
- Del 02 de Enero de 2007 al 30 de Marzo de 2007
- Del 01 de Abril de 2007 al 30 de Junio de 2007
- Del 01 de Julio de 2007 al 02 de Enero de 2008
- Del 03 de Enero de 2008 al 31 de Marzo de 2008
- Del 01 de Abril de 2008 al 30 de Junio de 2008
- Del 01 de Julio de 2008 al 01 de Enero de 2009
- Del 02 de Enero de 2009 al 31 de Marzo de 2009
- Del 01 de Abril de 2009 al 03 de Enero de 2010
- Del 04 de Enero de 2010 al 03 de Enero de 2011
- Del 04 de Enero de 2011 al 31 de Marzo de 2011
- Del 01 de Abril de 2011 al 30 de Junio de 2011
- Del 01 de Julio de 2011 al 30 de Septiembre de 2011

El valor pactado en el contrato comprendido a partir del 01 de Julio de 2011 al 30 de Septiembre de 2011 es por \$2.654.969 (DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS MCTE).

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C. a los Veintiún (21) días del mes de Enero de 2013.

LEONARDO ALFONSO MORALES HERNANDEZ
Gerente
Hospital Meissen II nivel ESE

COD: 2447

Elaboro: Jorge Álvarez Gómez
Aprobó: Leonardo Alfonso Morales Hernández

10

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.749.489**

FLOREZ MATTA

APELLIDOS
CESAR DANILO

NOMBRES

Cesar Florez
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-MAR-1985**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 **A+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

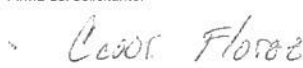
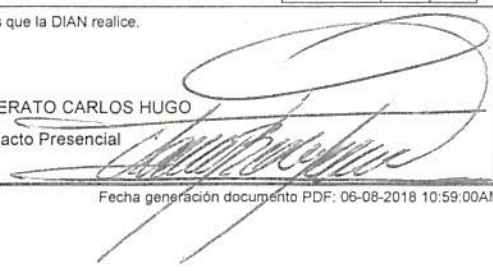
14-MAR-2003 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00704272-M-0080749489-20150508 0044115234A 1 1303273155

 DIAN <small>Directorio de Impuestos y Aduanas Nacionales</small>	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		001																																																				
2. Concepto 0 2 Actualización Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario 14476337393																																																					
		 <small>(415)7707212489984(8020) 0000014476337393</small>																																																					
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8 0 7 4 9 4 8 9 - 4		6. DV 4 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá																																																					
		14. Buzón electrónico 3 2																																																					
IDENTIFICACION																																																							
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3																																																					
26. Número de Identificación: 8 0 7 4 9 4 8 9		27. Fecha expedición: 2 0 0 3 0 3 1 4																																																					
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País: 1 6 9																																																					
29. Departamento: Bogotá D.C. 1 1		30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1																																																					
31. Primer apellido FLOREZ		32. Segundo apellido MATTA																																																					
33. Primer nombre CESAR		34. Otros nombres DANILO																																																					
35. Razón social:																																																							
36. Nombre comercial:																																																							
37. Sigla:																																																							
UBICACION																																																							
38. País: COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento: Bogotá D.C. 1 1																																																					
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1																																																							
41. Dirección principal CL 51 SUR 12 D 59 BRR TUNJUELITO																																																							
42. Correo electrónico: cesardfm@hotmail.com		43. Código postal: 7 6 7 5 7 0 5																																																					
		44. Teléfono 1: 3 0 5 7 5 3 0 7 1 0																																																					
		45. Teléfono 2:																																																					
CLASIFICACION																																																							
Actividad económica		Ocupación																																																					
46. Código: 8 6 9 2		47. Fecha inicio actividad: 2 0 0 5 0 7 0 1																																																					
48. Código: 1		49. Fecha inicio actividad: 2																																																					
50. Código: 1 2		51. Código: 1																																																					
52. Número establecimientos: 1																																																							
Responsabilidades, Calidades y Atributos																																																							
53. Código: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				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	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26																														
Obligatos aduaneros		Exportadores																																																					
54. Código: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											11	12	13	14	15	16	17	18	19	20											55. Forma: ☐ 56. Tipo: ☐													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																														
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																																														
		Servicio: 1 2 3																																																					
		57. Modo: ☐ ☐ ☐																																																					
		58. CPC: ☐ ☐ ☐																																																					
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación																																																							
Para uso exclusivo de la DIAN																																																							
59. Anexos: SI ☐ NO ☒		60. No. de Folios: 0																																																					
61. Fecha: 2 0 1 8 0 8 0 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 ROMERO LIBERATO CARLOS HUGO 985. Cargo: Punto de Contacto Presencial 																																																					

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS ARMADAS
Tarjeta Reservista Segunda Clase

80749489

FLOREZ MATTA
CESAR DANILO

PERTENECE AL EJERCITO DE:

1A. LINEA 31 - DIC. 2018	2A. LINEA 31 - DIC. 2020	3A. LINEA 31 - DIC. 2023
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

PROFESION: BACHILLER

FECHA EXPIRACION: 05 MAR 2024





REPUBLICA DE COLOMBIA
Ministerio de Salud y Protección Social
ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA
DEL TALENTO HUMANO EN SALUD



C.C. 80.749.489
ENFERMERO
CESAR DANILO FLOREZ MATTÁ
FUND UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA - FUAA
BOGOTÁ D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 24/07/2015
FECHA DE INSCRIPCIÓN EN EL RETHUS: 13/11/2015

14.1



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION
CESAR DANILO
FLOREZ MATTA
C.C. 80749489-
ENFERMERO(A)
Expedicion 04/09/2015





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 9748 de 21/08/2015

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

EL DIRECTOR DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 0833 de septiembre de 2000 expedida por el Secretario Distrital de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) FLOREZ MATTA CESAR DANILO Identificado(a) con CC número 80749489 expedida en BOGOTÁ D.C ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERO(A), según título que le otorgó LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el día 24/07/2015, acta de grado Nro. 739, Diploma Nro. 44166 y registrado en el libro 8 Folio 98 año 2015.

Que de conformidad con la Resolución 2358 de 16 de junio de 2014, del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL por la cual se establece el procedimiento para la asignación de las plazas del Servicio Social Obligatorio, de las profesiones de medicina, odontología, enfermería y bacteriología en la modalidad de prestación de servicios de salud, se llevo a cabo el proceso de asignación de plazas el día 16/07/2015.

Que el(la) señor(a) FLOREZ MATTA CESAR DANILO, no resulto con plaza asignada para la prestación del Servicio Social Obligatorio, en el proceso realizado en la fecha anteriormente citada y que de conformidad con lo señalado en el artículo 13 de la resolución 2358 de 2014, la Secretaria Distrital de Salud de Bogota D.C debe autorizarle el ejercicio profesional como ENFERMERO(A).

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a FLOREZ MATTA CESAR DANILO identificado(a) con CC número 80749489 expedida en BOGOTÁ D.C para ejercer la profesión de ENFERMERO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

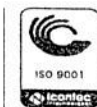
Dada en Bogotá, D.C. a los 21/08/2015

BERNARDO ARMANDO CAMACHO RODRÍGUEZ.
Director de Calidad de Servicios de Salud (E).

Bogotá, D.C. 04-09-2015
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Cesar Danilo Flores
CC. #. 80749489
Firma Cesar Flores

Aprobó : Daibeth Henríquez Iguaran.
Revisó : Daniel Ortiz B./Carmen Rosa Gallego
Elaboró : Víctor Sánchez

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANA

ReTHUS
A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

80749489

Primer Nombre *

cesar

Primer Apellido *

florez

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	80749489	CESAR	DANILO	FLOREZ	MATTA	Ver

Información Detallada [CC: 80749489] CESAR DANILO FLOREZ MATTA

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	ENFERMERIA	2015/11/13	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



Tribunal Nacional Etico de Enfermeria

Ley 266 de 1996

Ley 911 de 2004 "Ley Deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE:

El enfermero **CESAR DANILO FLÓREZ MATTA** identificado con la cédula de ciudadanía número 80.749.489, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los ocho (8) días del mes de agosto del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,


EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

18.1

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE	FIRMA
TRIPLE VIRAL	1			
	2			
HEPATITIS B	1	17 SEP 2015	Engerix -B	
	2	17/08/16	14362103	
	3	02 AGO 2018	HEPAVAX 1434034 01/10/2020	
	R	02-500+		
HEPATITIS A	1			
	2			
VARICELA	1			
	2			

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

ABVCA68AC
05-2014
05-2017

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

MUNDO SALUD
Centro de Vacunación

**Vacunación al día
Protección y Vida**
Código del prestador 110012733001
CARNET DE VACUNACIÓN

Nº 3670

Autorizado por Secretaría Distrital de Salud

NOMBRE Jesus Flores

FECHA DE NACIMIENTO 7-Marzo/85 SEXO M

IDENTIFICACION 80.749.489

TELEFONO 7675707

Calle 27 Sur No. 22-II - Tel: 696 72 46 - B. Olaya
Cel: 314 270 78 15 - E-mail: vacunacionmundosalud@gmail.com

Nombre:	FLOREZ MATTA CESAR DANILO	Identificación:	CC 80749489
Genero:	Masculino	Edad:	30 AÑOS
Cargo:	ENFERMERO	Orden No.	15174
Fecha ingreso:	25/11/2015 11:28 a. m.	Fecha salida:	25/11/2015 11:46 a. m.
Empresa:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL-SALUD OCUPACIONAL PACIENTES	Destino:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL-SALUD OCUPACIONAL PACIENTES



Tipo de evaluación: EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Exámenes realizados:

Visiometria Examen Medico-Enfasis Osteomuscular

Concepto APTO CON RECOMENDACIONES QUE NO INTERFIEREN EN SU LABOR

Restricciones:

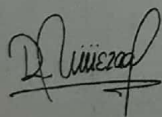
Recomendaciones - Observaciones - Remisiones

Examen físico con énfasis osteomuscular.
Uso de elementos de protección personal según factores de riesgo.
Higiene postural.
Pausas activas cada 3 horas.
Hábitos de vida saludables.
Ejercicio cardiovascular periódico.
Control anual por Optometría.
Control médico por EPS.

Visiometria

Control anual

Incluir en SVE Cardiovascular



Cesar Florez
a-80749489

Nombre Médico Evaluador
MEZA ACOSTA WASHINGTON MEDARDO
Registro médico: 01240/98 Licencia S.O 13663 de 2012

Paciente
FLOREZ MATTA CESAR DANILO
CC 80749489

REGISTRO DE ATENCIÓN


Orden número 15174
Fecha de la orden 25/11/2015
Identificación Cédula de ciudadanía 80749489
Nombre FLOREZ MATTA CESAR DANILO
Edad 30 Años
Empresa HOSPITAL MILITAR CENTRAL-SALUD OCUPACIONAL PACIENTES
Cargo ENFERMERO
Tipo de evento Ingreso

VISIOMETRIA

Medico: MEDINA AYALA ZULLY NATALIA Consultorio: Optometría calle 49

Ingreso: 25/11/2015 11:44 a. m. Egreso: 25/11/2015 11:45 a. m.

Antecedentes

Personales	NINGUNO		
Oculares	ASINTOMATICO		
Familiares	NINGUNO		
Condiciones de riesgo visual	No	Ultimo control visual	15 DIAS
Utiliza EPP visual	No		
Accidente de trabajo ocular	No		
Ardor	No	Secreción	No
Dolor	No	Enrojecimiento	No
Resequedad	No	Cansancio	No
Prurito	No	Fotofobia	No
Otros		Cefalea	No
		Mala visión lejos	No
		Mala visión cerca	No
		Lagrimo	No

Agudeza visual lejana

Sin corrección OD	20/20	Sin corrección OI	20/20	Sin corrección AO	20/20
Con corrección OD		Con corrección OI		Con corrección AO	
Observaciones					

Agudeza visual cercana

Sin corrección OD	0.50M	Sin corrección OI	0.50M	Sin corrección AO	0.50M
Con corrección OD		Con corrección OI		Con corrección AO	
Observaciones					

Percepción

CROMATICA	Normal		
ESTEREOPSIS	Normal	Grado de Estereopsis	40" ARCO

Examen ocular

Segmento anterior OD	Normal	Segmento anterior OI	Normal
Motilidad ocular OD	Normal	Motilidad ocular OI	Normal
Oftalmoscópica OD	Normal	Oftalmoscópica OI	Normal
Queratometría OD	NA	Queratometría OI	NA
Refracción OD	NA	Refracción OI	NA
Subjetivo OD	NA	Subjetivo OI	NA

Diagnostico

Miopia	No
Hipermetropia	No
Astigmatismo	No
Presbicia	No
Estrabismo	No
Ambliopía	No

Emetropia	Ambos
Ametropia corregida	No
Ametropia no corregida	No
Ametropia parcialmente corregida	No
Ametropia inadecuadamente corregida	No

Diagnosticos

Diagnosticos	#	Diagnostico
	1	Z010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

Recomendaciones

Control anual	Si	Control en 6 meses	No	Actualizar formula	No
Uso de correccion permanente	No	Remision ortoptica	No	Remision oftalmologia	No
Hallazgos	VISION ADECUADA PARA EL CARGO				
Recomendaciones generales	Control anual				

Zully Natalia Medina *Z.*

Cesar Flores
80749489

MEDINA AYALA ZULLY NATALIA
Registro médico: 6957 de 05/07/2012

FLOREZ MATTÁ CESAR DANILO
Cédula de ciudadanía: 80749489



EL INSTITUTO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO BAJO LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 114 DE 1996 Y 2888 DEL 2007
PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y ACUERDO O.M.S. MATRICULA MERCANTIL 02053019 REGISTRO 030824525-NT 79.959.925-1

EL INSTITUTO DE CAPACITACIÓN EN SALUD URGENCIAS Y EMERGENCIAS VERTICAL

CERTIFICAN QUE:

Cesar Danilo Florez Matta

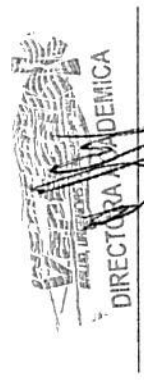
CC: 80.749.489

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO SOBRE:

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

CON UNA INTENSIDAD DE 30 HORAS


JUAN CARLOS JIMENEZ
DIRECTOR V.S.U.E.


DRA. YESHI ADRIANA BONILLA
DIRECTORA ACADÉMICA


Jorge O. RIVERA
INSTRUCTOR

INSTRUCTOR



Dada en Bogotá a los 28 días del mes de Abril 2015



CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

Aprobación Oficial Según Acuerdo Ejecutivo No. 176 del 21 de Mayo de 2009 del
Ministerio de la Protección Social y Resolución No. 008945 del 10 de Diciembre de 2012 de la
Secretaría de Educación de Cundinamarca



CERTIFICA QUE:

Cesar Danilo Florez Matta

D.I. No. 80.749.489

Asistió al Curso Taller:

Soporte Vital Avanzado SVA-ACLS "Manejo Definitivo del Paciente con parada Cardiorespiratoria"

Dado en Bogotá D.C. el día 3 de Febrero de 2018, con una duración de 50 horas

DESARROLLADO CON LAS GUÍAS 2015-2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

TEMARIO: REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y VÍA AÉREA AVANZADA, ECV, SCA, RITMOS DE PARO, MANEJO DEL DESFIBRILADOR,

CÓDIGO AZUL, TALLER DE HABILIDADES Y SOFTWARE.

Dra.: MARTHA BIBIANA PERAZA CASTILLO
DIRECTORA GENERAL
R.M. 118653



Leidy Andrea Cañon

ING.: LEIDY ANDREA CAÑON
COORDINADORA GENERAL
CND.: 25228-352692

		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	
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	02-08-18	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☐
SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Florez	Matta	Cesar	Danilo		
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		80749489	Bogotá	14 Mar 20/2003	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐			
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:		
7/03/83	Bogotá	Colombia	Colombiana		
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR	
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐		1	0	3057530710	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO TECNICO ☒ BACHILLER OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ CUAL:					Enfermero
DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA	
cl 51 sur 120 59	Bogotá	cundinamarca	colombia	7675705	
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA		
cesardm@hotmail.com			PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐		
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX	
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐					
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD:
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	BOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☐	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐		
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐ NO ☐	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
			ICA	SI ☐ NO ☐	8510160
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☐	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☐

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE ESTRATEGICO - GESTION 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 SI ☐ NO ☐		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS SI ☐ NO ☐		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA 	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA GOBIERNO ☐ VICIOS ☐ LUD ☐ # NIT <input type="text"/>					
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ NOLOGIA ☐ MENTOS ☐					
OTRA ☐ CUAL: ☒					
DIRECCION DE LA EMPRESA 		TELEFONO 		CIUDAD/MUNICIPIO 	
				DEPARTAMENTO 	
				PAIS 	
CARGO ACTUAL 		FECHA VINCULACION 			
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NUMERO DE EMPLEADOS 	VENTAS ANUALES 	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA 	DESCRIPCION ACTIVIDAD 	FECHA CONSTITUCION 	TIPO SOCIEDAD
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		PASIVOS	
SALARIOS 		GASTOS FAMILIARES 	1200.000	AHORROS 	
HONORARIOS 		ARRENDOS 		INVERSIONES 	
ARRENDOS 		CUOTA VEHICULO 	300.000	VEHICULOS 	12.000.
COMISIONES 		CUOTA VIVIENDA 		PROPIEDADES 	
OTROS INGRESOS* 		OTROS EGRESOS* 	600.000	OTROS ACTIVOS* 	
TOTAL INGRESOS 	\$ 0	TOTAL EGRESOS 	\$ 0	TOTAL ACTIVOS 	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS 		DESCRIPCION OTROS EGRESOS 		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS 	
6. REFERENCIAS PERSONALES (Na debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)					
PRIMER APELLIDO 		SEGUNDO APELLIDO 		PRIMER NOMBRE 	
Mendez		Ramirez		Ariel	
DIRECCION 		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS 		TIPO RELACION 	
		Pasto		confiado	
				TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR 	
				3006550774	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD 		TIPO DE PRODUCTO 		NUMERO 	
				SUCURSAL 	
				TELEFONO 	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐					
NOMBRE ENTIDAD 		TIPO DE PRODUCTO 		NUMERO 	
				PAIS/CIUDAD 	
				MONEDA 	
				MONTO PROMEDIO 	
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:					
IMPORTA ☐ EXPORTA ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ TRA ☐ CUAL: <input type="text"/>					
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS					
Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":					
1. Que los recursos que entregue y entregare a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.): <input type="text"/>					
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 destinarán 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 vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí 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 .					

	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
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS		
<p>Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.</p> <p>Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</p> <p>Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.</p> <p>Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.</p>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes) 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT. 3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital. 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%. 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar) 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad) <p>APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.</p> <p>NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</p>		
10. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAÍSES.		
CONSIDERACIONES		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas 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, la cual proviene de la Ley. 3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes. 4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente: 		
AUTORIZACIÓN		
<p>Para efectos de la presente autorización, enténdase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900 959 051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.</p> <p>Declaro expresamente:</p> <p>A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.</p> <p>B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: <ol style="list-style-type: none"> a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. 2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios. 		
<ol style="list-style-type: none"> 3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidad mencionada a: <ol style="list-style-type: none"> a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos. 4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento. 5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas. 6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas. 7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí. 8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previstos en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (<u>Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail variafa@subredcentroorient.gov.co</u>) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (<u>INDICAR DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO</u>). 9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento. <p>NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorient.gov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".</p>		

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

Cosio Florez

Firma Cliente / Representante Legal



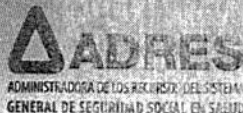
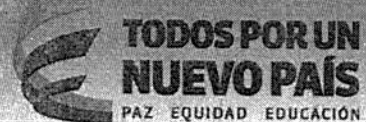
Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	80749489
NOMBRES	CESAR DANILO
APELLIDOS	FLOREZ MATTA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	19/07/2007	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 08/02/2018 19:21:38 | Estación de origen: 38.105.13.156

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, ECC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en esta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la cancelación de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la BDUA, conforme lo establece la normatividad vigente.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

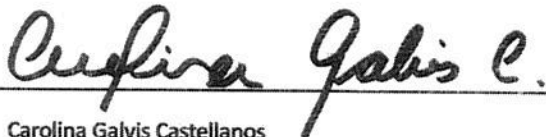
COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) CESAR DANILO FLOREZ MATTA identificado(a) con C.C No. 80.749.489, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 06 de agosto del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

29.1

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE
RIESGOS LABORALES

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

En caso de Accidente de Trabajo comuníquese sin costo adicional
LÍNEA ORO

En Bogotá	Línea Nacional	Desde el celular
6 000 811	01 8000 941 541	#533

Aplica solo para operadores Claro, Movistar y Tigo

Para solicitar asistencia internacional desde USA / Puerto Rico / Canadá.	Llamada por cobrar desde cualquier otro país.
786 838 07 55	+(571) 743 01 06

LO BUENO DEBE SER PARA TODOS

MINHACIENDA

TODOS POR UN
NUEVO PAÍS

www.positiva.gov.co

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

**CESAR DANILO
FLOREZ MATTA**
CC 80749489
IPS ESPECIALIZADA S.A.
NIT 900293923-4

Este carné es personal e intransferible



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor CESAR DANILO FLOREZ MATTA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 80.749.489, trabajador de la empresa IPS ESPECIALIZADA SA está afiliado a POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS con tipo de vinculación Dependiente desde el 01/01/2017 con riesgo 3 y a la fecha se encuentra INACTIVO.

Dada a los 07 días del mes de Agosto de 2018.

Cordialmente

Hugo Ernesto Huiza
Gerencia de Afiliación y Novedades.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 113271249



WEB
18:57:38
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 02 de agosto 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) CESAR DANILO FLOREZ MATTA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80749489:

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.

División Centro de Atención al Público (CAP)
Línea gratuita 018000910315; dcap@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co

**LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA**

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 02 de agosto de 2018, a las 19:07:48, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	80749489
Código de Verificación	80749489180802190748

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

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


SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó: Revisó: WEB

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C.
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

Página 1 de 1



Bogotá D.C., 2 de Agosto de 2018 - 19:12 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) **CESAR DANILO FLOREZ MATTA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **OCHENTA MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE** de BOGOTÁ D.C.

80749489

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 figuren 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.

Rosalba Jazmín Cabrales Romero

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 19:05:18 horas del 02/08/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **80749489**

Apellidos y Nombres: **FLOREZ MATTA CESAR DANILO**

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.



RE-07-20-4

RE-CC-00000-1

RE-CGSA-00100002

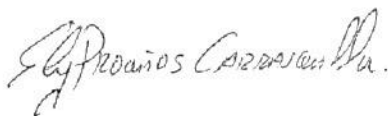
RE-01 - 00100000

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.

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que FLOREZ MATA, CESAR DANILO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 80.749.489 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 274137181, abierta/o desde el 29/09/2016, con saldo a la fecha de: \$ 1.316.123

Se expide en Bogota el día 4 del mes de Julio del año 2018



Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAPO
SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 25-sep-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO FLOREZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MATTA	NOMBRES CESAR DANILO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 80749489	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 80749489 D.M. 2		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 7 MES MAR AÑO 1985 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 51sur 12d 59 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7675705 EMAIL cesardfm@hotmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO bachiller técnico	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO
										☒	NOVIEMBRE	2001

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	8	X	ENFERMERO (A)	7 2015	80749489



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 25-sep-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
IPS Especializada		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6914392	DÍA 3 MES 10 AÑO 2016		DÍA 15 MES 6 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
enfermero	atencion domiciliaria	Autopista Norte N° 103b 35	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Vid Medica Ltda		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4301583	DÍA 1 MES 12 AÑO 2015		DÍA 1 MES 8 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
enfermero	asistencial	Diagonal 85 N° 85a 83	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital Tunjuelito	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4852540	DÍA 24 MES 12 AÑO 2012		DÍA 1 MES 2 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar de Enfermería	Atencion Prehospitalaria	Transversal 44 N° 51b 16 sur	



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 25-sep-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Hospital de Meissen	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
5683396	DÍA 1 MES 7 AÑO 2005		DÍA 30 MES 9 AÑO 2011
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Auxiliar Enfermería asistencial	Ambulatorios	Calle 60g N° 18bis 09 sur	

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	7	4
PRIVADO	2	4
PARTICULAR	0	0
TOTAL	9	8

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Cc001 Florez
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 25-sep-2018

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

303070 25-09-2018

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.
SIDEAP
Última Actualización: 25-sep-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, CESAR DANILO FLOREZ MATTÁ
IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 80749489 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia Departamento Bogotá D.C. Municipio Bogotá D.C.
Dirección calle 51sur 12d 59 Teléfonos 3057530710 7675705

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
jose danilo florez sanchez	19283494	PADRE
lady esperanza mata bernal	35492786	MADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,
PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐
QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE
RELACIONO A CONTINUACION:

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

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

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
banco de bogota	AHORROS	274137181	Hayuelos	\$ 200.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	motocicleta	\$ 1.000.000,00
OTRO	garaje residencial	\$ 8.000.000,00
VEHICULO	vehiculo	\$ 6.000.000,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------



FORMULARIO ÚNICO
DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.
SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN CONTABLE DEL EMPLEO Y LA SEGURIDAD SOCIAL
Última Actualización: 25-sep-2018

codensa	credito	\$ 3.500.000,00
hacienda distrital	impuesto	\$ 3.000.000,00
fincomercio	credito	\$ 1.800.000,00

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

c) En la actualidad: **SI** ☒ **NO** ☐ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
durdaney duarte sanabria	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	1022958224

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA

Cesar Florez
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 25-sep-2018
CIUDAD Y FECHA

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

90749489
Numero de Documento

Positivo
ARL

Cesar
Primer Nombre

Donilo
Segundo Nombre

Florez
Primer Apellido

Hotto
Segundo Apellido

07-03-1985
F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá
Ciudad de Nacimiento

Cll 51501 # 120-59
Dirección de Residencia

7675705
Teléfono Fijo

Compendio
EPS - Salud

Colfondos
AFP - Pensiones

\$
Honorarios

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

cesar.dn@hotmail.com
Correo Electrónico

3057530710
Celular

Cesar Florez
Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C.

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE



Fecha: 10/09/2018

CONTRIBUYENTE C.C. 80749489 **CESAR DANILO FLOREZ MATTA**

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 51 SUR 12 D 59 BR TUNJUELITO Teléfonos: 3057530710
 Dirección electrónica: cesardfm@hotmail.com Ciudad: Bogotá, D.C. Municipio: Bogotá DC
 Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: NO REGISTRA
 Fecha inicio de Actividades: 01/07/2005 Fecha de cese de Actividades: NO REGISTRA No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

