REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.022.333.464

PINZON LOPEZ
APELLIDOS

EDWIN GIOVANY
NOMBRES





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-MAY-1987
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

28-JUN-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500116-45139922-M-1022333464-20050803 02150 05215A 02 201456850

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 |
|---|---|---|
| Pinzon | lopez | Edwin Giovany. |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1022333464 — SEXO: F ( ) M (X) — NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) PAÍS: _____

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NÚMERO 1022333464 D.M #3.

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA: DÍA 02 MES 05 AÑO 1987

PAÍS: Colombia

DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotá

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

Calle 48 A Sur #88c-10 casa 256

PAÍS: Colombia DEPTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Bogotai

TELÉFONO: 3022514278 EMAIL: edwinpinzon-lopez@hotmail.com

## 2 FORMACION ACADEMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

| EDUCACIÓN BÁSICA | | | | | | | | | | TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER ACADEMICO. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. X | 6o. | 7o. | 8o. | 9 X | 10 | MES 11 AÑO 2007 |

**EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)**

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

**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
**ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

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

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

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

**EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| SUBRED SUR USS USME | X | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CUNDINAMARCA | BOGOTA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| | DÍA 12 MES 06 AÑO 2017 | DÍA MES AÑO |

| CARGO O CONTRATO ACTUAL | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| DIGITADOR | SALUD PUBLICA | KR 13 # 135A - 42 SUR |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| INGENIERIA ELECTRICA Y TELECOMUNICACIONES | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CUNDINAMARCA | BOGOTA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3185983661 | DÍA 04 MES 04 AÑO 2015 | DÍA 04 MES 04 AÑO 2017 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| ASISTENTE ADMINISTRATIVO | | CL 3A 78M - 53 SUR. |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| SECRETARIA DE EDUCACIÓN | X | | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CUNDINAMARCA | BOGOTA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3241000 EXT. 3527 3526 | DÍA 02 MES 10 AÑO 2009 | DÍA 07 MES 12 AÑO 2012 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUXILIAR ADMINISTRAVIVO | COLEGIO KENNEDY | AV EL DORADO 68-63 |

**EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR**

| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
|---|---|---|---|
| AYUDAMOS COLOMBIA S.A | | X | COLOMBIA |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| CUNDINAMARCA. | BOGOTA | |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 5311322 | DÍA 02 MES 06 AÑO 2008 | DÍA 02 MES 07 AÑO 2009 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| | | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| *OCUPACIÓN* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| *SERVIDOR PÚBLICO* | 4 | 1 |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | 2 | 8 |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | 6 | 9 |

## 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*_____

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

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

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

*Ciudad y fecha*

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

ENTIDAD RECEPTORA:

**DECLARACION JURAMENTADA**
**DE BIENES Y RENTAS**

YO, EDWIN GIOVANY PINZON LOPEZ
IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 1022333464 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País COLOMBIA. Departamento CUNDINAMARCA Municipio BOGOTA.
Dirección CL 48A SUR # 88 C 10 Teléfono: 3022514798.

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| MARLEN LÓPEZ DE PINZON | 41.479.317 | MADRE |
| ANGEL SANTIAGO PINZON LÓPEZ | 1030 619 192 | HIJO |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | |
| GASTOS DE REPRESENTACION | |
| ARRIENDOS | |
| HONORARIOS | 12.000.000= |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | |
| TOTAL | $ 12.000.000= |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| CAJA SOCIAL. | AHORRO | 24064813600 | KENNEDY | 0 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

EMPLEADOR O CONTRATANTE

## 1. DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

| CIUDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## 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 DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION C.C. C.E. T.I. | N° |
|---|---|---|
| | | |

## 3. 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 |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## 4. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

DAFP-236

*La República De Colombia*

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

# EL COLEGIO INSCAP

AUTORIZADO MEDIANTE RESOLUCIONES No. 7834/98 - 2252/99 - 2789/02 - 3448/03
SECRETARIA DE EDUCACION DE BOGOTA, D .C.

*Confiere a:*

## PINZON LOPEZ EDWIN GIOVANNY

*Identificado con*

C.C. 1.022.333.464 DE BOGOTÁ

*El Título de*

## BACHILLER ACADEMICO

*POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA ACADEMICA*

Director Rector Secretario

*Dado en Bogotá D.C. a los* 14 *de* Julio *de* 2007

*Anotado al Folio No.* 098 *del Libro de Registro No.* 001

*NO REQUIERE REGISTRO ANTE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN, SEGUN DECRETO Nº 921 DEL 6 DE MAYO DE 1994 Y EL 2150 DEL 5 DE DICIEMBRE DE 1995 DE LA PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA*

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACIÓN

En la ciudad de Bogotá D.C., a los catorce (14) días del mes de julio del año 2007 y dando cumplimiento al decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994 expedido por el MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, se reunieron en la Rectoría del Colegio **INSCAP**, los suscritos Director, Rector y Secretaria, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del ciclo II de Educación Media Académica Formal de Adultos (DECRETO 3011 de 1997) del primer semestre del 2007 en el nivel de EDUCACIÓN MEDIA y autorizada por la **Secretaria de Educación de Bogotá D.C.**, para otorgar el titulo de BACHILLER en la modalidad ACADEMICA calendario A y B según resolución No 7834 de 1998 y 2292 del 23 de julio de 1999

Comprobada la situación legal de cada uno de los alumnos que cursaron los estudios correspondientes al nivel **EDUCACIÓN MEDIA**, se procedió a otorgar el titulo **de BACHILLER ACADEMICO**, al graduando que según, nombres, apellidos, número de documento de Identidad se relaciona a continuación:

**PINZON LOPEZ EDWIN GIOVANNY**
**C.C. 1.022.333.364 DE BOGOTÁ**

Es fiel copia tomada del libro de Actas Generales de Grado. Folio No. 098 del libro de Registro No. 001 de fecha 14 de julio del 2007

Firmada y sellada por: Director, Rector y Secretaria.

Dada en Bogotá D.C., a los catorce (14) días del mes de julio del 2007

**FIRMADA Y SELLADA**

**DIRECTOR**

**RECTOR**

**SECRETARIA**

Ingeniería Eléctrica
y Comunicaciones

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

CERTIFICA

Por medio de la presente certifico que el señor EDWIN GIOVANNY PINZON LOPEZ identificada con cedula de ciudadanía N° 1'022.333.464 de Bogotá laboro en esta empresa desde el 04 de Abril de 2015 hasta el 04 de Abril de 2017 devengando un salario mensual de UN MILLÓN DE PESOS M/C. desempeñando el cargo de ASISTENTE ADMINISTRATIVO.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C a los siete (7) días del mes de Junio del año dos mil diecisiete (2017).

Cordialmente,

Sandra Bernal
Gerente General

ingelectricawds@hotmail.com
Nit: 900.379.174-5
Ing. ingeniería electrica WDS
2653773/ 3202499836
Calle 3ª # 78m-53

Guardar Imagen

**EDUCACIÓN**BOGOTÁ

# EL SUSCRITO JEFE DE OFICINA DE CONTRATOS

Que el contratista **EDWIN GIOVANY PINZON LOPEZ** identificado con RUT 1022333464 posee en nuestros registros los siguientes contratos:

| Vigencia | Objeto | Referencia del Contrato | | | | | Inicio | Valor Contrato | Plazo (Meses) | Fecha Terminación Prevista (Vigencia) | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Contrato | | | Modificación/Cesión | | | | | | |
| | | Num. | Fecha | Tipo de Contrato | Tipo de Modificación | Num. | | | | | |
| 2012 | BRINDAR APOYO ASISTENCIAL EN LABORES ADMINISTRATIVAS A LOS COLEGIOS DEL DISTRITO CAPITAL | **1678 de 2012** | vie. 07/12/12 | Prestación de Servicio | | | Fecha Inicio vie. 08/12/12 | $12.573.000,00 | 10,00 | vie. 07/12/13 | 2012 DV 58 |
| 2011 | APOYAR EN LABORES ADMINISTRATIVAS A LOS COLEGIOS DEL DISTRITO CAPITAL | **652 de 2011** | lun. 07/03/11 | Prestación de Servicio | | | Fecha Inicio vie. 08/03/11 | $10.567.800,00 | 9,00 | | |
| 2010 | BRINDAR APOYO ADMINISTRATIVO A LOS COLEGIOS OFICIALES DEL DISTRITO CAPITAL | **467 de 2010** | jue. 26/01/10 | Prestación de Servicio | | | Fecha Inicio lun. 01/02/10 | $10.267.000,00 | 8,00 | | |
| 2009 | BRINDAR APOYO ADMINISTRATIVO A LOS COLEGIOS OFICIALES DEL DISTRITO CAPITAL | **1759 de 2009** | vie. 02/10/09 | Prestación de Servicio | | | Fecha Inicio vie. 02/10/09 | $7.551.000,00 | 2,57 | | |

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el 12 de diciembre de 2017. Pudiendo verificar cada uno de los contratos en el siguiente enlace https://www.contratos.gov.co/puc/buscador.html o confirmando telefónicamente en el +57 (1) 3241000 Ext. 3527 o 3526

**Jefe Oficina de Contratos**
**Secretaría de Educación (NIT: 899.999.061-9)**
**Alcaldía Mayor de Bogotá**

© Todos los derechos reservados para la Secretaría de Educación del Distrito Capital, Bogotá - Colombia. Avenida el Dorado No. 66 - 63. ☎ +57 (1) 324 1000

Constancia por Pérdida de
# Documentos



## Constancia por Pérdida de Documentos y/o Elementos

La Policía Nacional de Colombia Certifica que el día 12 mes 12 año 2017, a las 12:24 p. m. El(La) señor(a) EDWIN GIOVANNY PINZON LOPEZ identificado(a) con Cedula de ciudadanía No. 1022333464 , reportó el extravío del(los) documento(s) o elemento(s) relacionado(s) a continuación:

| Tipo | Número | Descripción |
|---|---|---|
| Libreta militar | 1022333464 | SE ME PERDIO EN UN PARQUE CERCA A LA CASA |

La presente constancia se puede verificar en http://webrp.policia.gov.co/Constancia/publico/Buscador_Constancia.aspx , mediante el número de consecutivo 102233346420487817.

La presente certificación no constituye documento de identificación y solamente constituye la certificación del reporte realizado por el usuario. La entidad encargada de expedir el duplicado del documento o elemento reportado como extraviado puede verificar el reporte en cualquier momento.

Imprimir constancia DESCARGAR AHORA

© 2008 - POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA - Todos los Derechos Reservados, Carrera 59No 26-21, CAN, Bogotá D.C.

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14417535114

(415)7707212489984(8020) 000001441753511 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 2 2 3 3 3 4 6 4 | 4 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

**IDENTIFICACION**

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de Identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de ciudadanía 1 3 | 1 0 2 2 3 3 3 4 6 4 | 2 0 0 5 0 9 2 8 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| PINZON | LOPEZ | EDWIN | GIOVANY |

35. Razon 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 48 A SUR 88 C 10 CA 256

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

**CLASIFICACION**

**Actividad económica**

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

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

| 53. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

# 12- Ventas régimen simplificado

**Obligados aduaneros**

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

**Exportadores**

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 7 0 6 0 7

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: PINZON LOPEZ EDWIN GIOVANY

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 07-06-2017 12:45:18PM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

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

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 07-06-2017
Hora: 12:52:50 PM


**CONTRIBUYENTE** NIT 1022333464-4 EDWIN GIOVANY PINZON LOPEZ

**Información General**

*Dirección* CL 48A SUR 88C 10 CA 256

*Teléfonos* 7301617

*Dirección electrónica* edwinpinzon_lopez@hotmail.com

*Fax* 3022514278

**Información de Registro**

*Fecha Inscripción* 22/09/2009

*Soporte Inscripción* 13050288

*Fecha Inicio Actividades* 22/09/2009

*Fecha Cese Actividades*

*Fecha de Informe del Cese*

*# Establecimientos:* 0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Juridica* PERSONA NATURAL

*Régimen Tributario* REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

*Fecha Inicio Financiera:*

Código de Verificación de Información: 17002004739

***Fuente ICA TE TOCA***

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

Cendiatra
centro de diagnostico y tratamiento



**DATOS PACIENTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres:** | EDWIN GIOVANY PINZON LOPEZ | | |
| **Tipo de Documento:** | CC **Documento** | 1022333464 | |
| **Sexo** M | **F. Nacimiento:** | 02/05/1987 | **Edad:** 30 Años |
| **Entidad:** | PARTICULAR.. | | |
| **Centro de Costo:** | N/A | | |
| **Cargo:** | CONTRATISTA | | |
| **Fecha de Atencion:** | 2017-06-08 | | |
| **Fecha y Hora entrega resultados:** | 12/12/2017 8.38 AM | | |

## CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
## Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado la valoración Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO (A) Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

**Tipo de Restricciones ó Limitaciones:**

NO TIENE

**Recomendaciones:**

**Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica**

**Exámenes Realizados:**

| | |
|---|---|
| EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO | VISIOMETRIA |

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que halla lugar.
Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

**ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A):** MANUEL ENRIQUE CASTELLANOS BUENDIA RM: 10862 S.S.B. L.S.O 12427

Firma y sello del Médico Evaluador

EDWIN GIOVANY PINZON LOPEZ
1022333464
C.C
Firma del trabajador Evaluado


* BOGOTA SEDE PRINCIPAL
Calle 19 No. 3-50Edificio Barichara
Tel.:(+1) 281 4505 – 286 5893 – 286 5382

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal. 35) No. 42 Sur,
Villamayor Tel.:(+1) 458 5819 – 203 9694

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19-08
Tels.:(+1) 282 6429 – 342 4934

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-80
Tels.:(+1) 447 0668 – 447 1401 – 414 0357

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-95
Tels.:(+1) 4145397 – 260 84

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 83-29
Tels.:805 1275 – 610 57 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 83-69
Tels.:(+1) 257 9325 – 256 2362

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A – 25 Edificio Busalnes Center
Interior 141 – Oficina 409

BUCARAMANGA
Calle 55 No 31 - 113, Barrio Antiguo Campestre,
Tels: (+7) 697 37 34 - 301 737 26 37

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 – 74 Barrio Barzal Alto
Tel.:(+8) 674 0916 – 674 0916

CARTAGENA DE INDIAS
Avenida Pedro de Heredia, Sector La Amador,
Calle 32 No 20B - 21 Piso 2 Tels: (+5) 644 69 71

SEDE BARRANQUILLA
Carrera 51B No. 84 - 334 Oficina 504 Centro Medico Vital

SANTA MARTA
Calle 22 No 14 - 70, Centro Medico
Perlas del Caribe, Tel.: (+5) 421 46 44 - 421 65

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trader Center Tel.:(+2) 240 4734 – 240 2055

MEDELLIN
Carrera 80 No. 44 B-91 Barrio la America
Tels.:(+4) 412 1145 – 416 7011

CALI
Calle 18 Norte No. 4 N – 47 Barrio Versalles
Tel.:(+2) 380 9956 – 382 7337

Salud Total

Bogotá, Octubre 2 de 2018

Señor:
PINZON LOPEZ EDWIN GIOVANY
CC. 1022333464 CL 48 A SUR 88 C 10 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 16 de 2016. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliación | Sem cot | Sem Ant | Parentesco | Estado Afiliación | Fecha de desafiliación EPS | Estado Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PINZON LOPEZ EDWIN GIOVANY | 1022333464 | C | Ago-16-2016 | 52 | 26 | COTIZANTE | VIGENTE | | | Ninguna |
| PINZON SANDOVAL ANGEL SANTIAGO | 1030619142 | R | Ago-16-2016 | 52 | 26 | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | VIGENTE | | | Ninguna |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón social del aportante | Usuario en contrato | Tipo de contrato | Estado de contrato |
|---|---|---|---|
| EDWIN GIOVANY PINZON LOPEZ | 1022333464 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | CERRADO |
| EDWIN GIOVANY PINZON LOPEZ | 1022333464 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | VIGENTE |
| EDWIN GIOVANY PINZON LOPEZ | 1022333464 | Independiente Voluntario al Sistema de Riesgos Lab | CERRADO |
| INGENIERIA ELECTRICA Y COMUNICACIONES WDS LTDA | 1022333464 | Dependiente | CERRADO |

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido. este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

ARL | sura

Medellín, 02 de octubre de 2018

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

## CERTIFICA:

Que EDWIN GIOVANY PINZON LOPEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022333464 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
**Fecha inicio cobertura:** 13/06/2017 **Fecha fin cobertura:**

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**SUB RED SUR N900958564**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000001 - ASISTENCIAL
**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2,436%
**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
1751301 - EMPRESAS DEDICADAS A LA REGULACION DE LAS ACTIVIDADES DE ORGANISMOS QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD, EDUCATIVOS, CULTURALES Y OTROS SERVICIOS SOCIALES, EXCEPTO SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL
**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 1751301
**CLASE DE RIESGO:** 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0,522%

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

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

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

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

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10223334641827529775

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 02/10/2018 8:16 AM

Dirección IP: 190.26.222.66, 172.16.42.236

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.198.281**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **PINZON LOPEZ EDWIN GIOVANY** identificado(a) con **CC** número **1.022.333.464** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 06 de marzo de 2008 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 02 de octubre de 2018.

Cordialmente,

**Laura Patricia Merchan Metaute**
Dirección servicios transaccionales para clientes
**Protección S.A.**

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

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

Bogotá D C _____

Señores:

COLEGIO INSCAP.

Por medio de la presente, yo EDWIN GIOVANY PINZON LOPEZ, identificado con número de documento 1022333464., autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Cordialmente,

Nombre: EDWIN PINZON LOPEZ

No. Documento: 1022333464

Teléfono: 3022504278



2017-12-11

Scanned by CamScanner

Bogotá, _____ de 2018

Doctora
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS
Gerente
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
Ciudad

ASUNTO: PROPUESTA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Respetada Doctora:

Comedidamente me permito presentarle la siguiente propuesta, con el fin de someterla a su consideración, teniendo en cuenta la necesidad que le asiste a la Entidad, de vincular mediante la modalidad de contratación de prestación de servicios como DIGITADOR, bajo la modalidad de Actividades y/o Productos, sometidos a la supervisión de la actividad final.

Declaro que cumpliré los requisitos exigidos por la Subred Sur E.S.E y las disposiciones legales, pues considero que reúno las condiciones y requisitos necesarios para satisfacer los requerimientos de la Entidad, y para acreditarlos, anexo documentos respectivos.

Presento la propuesta como persona natural con disponibilidad de tiempo de COMPLETO. _____ Y bajo la gravedad del juramento manifiesto que no me encuentro incurso en el régimen de inhabilidades e incompatibilidades para contratar señalados en la Constitución y la ley. De igual manera, acepto las condiciones exigidas por la Subred Sur E.S.E y manifiesto conocer y aceptar la naturaleza del contrato de prestación de servicios en caso de concretarse la contratación.

DIRECCION: CL 18A SUR # 88 C16
TELEFONOS: 3022514278
CORREO ELECTRONICO: PINZONEDWIN852@GMAIL.COM.

Atentamente,

NOMBRE EDWIN GIOVANY PINZON LOPEZ
C.C. No. 1022333464.