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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CODIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 05
FECHA: 2017-11-08

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		FECHA		Nº FOLIOS	
NOMBRE DEL CANDIDATO	Edisson A Garcia G	DOCUMENTO:	1069852571		
TELEFONO	3203768394	ACTIVIDAD SOLICITADA:	Camillero		

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FISICO

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

1	NECESIDAD DE PERSONAL OPS		
2	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		
3	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐	NO ☐

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	SOPORTE INSCRIPCION SECOP II	SI ☑	
2	FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCION PUBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☑	
3	DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCION PUBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☑	
4	DIPLOMAS ACADEMICOS	SI ☑	N/A ☐
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TITULO ACADEMICO	SI ☑	N/A ☐
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☑	NO ☐
7	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO: RESOLUCION DE CONVALIDACION DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL / ICFES (Res. 06950 del 15 de mayo de 2014)	SI ☐	N/A ☐
8	FORMATO AUTORIZACION CONSULTA DE TITULOS ACADEMICOS (Tecnicos, Tecnologos, Profesionales)	SI ☑	N/A ☐
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO UNICO DE HOJA DE VIDA	SI ☑	N/A ☐
10	FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANIA AMPLIADA AL 150%	SI ☑	
11	REGISTRO UNICO TRIBUTARIO RUT CÓDIGO CIIU 8692 FECHA 12/09/18	SI ☑	
12	REGISTRO DE INFORMACION TRIBUTARIA - RIT	SI ☑	
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☑	N/A ☐
14	TARJETA PROFESIONAL	SI ☐	N/A ☐
15	RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☐	N/A ☐
16	CERTIFICACION DE INSCRIPCION EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☐	N/A ☐
17	ANTECEDENTES ETICO PROFESIONALES (Medicina, Enfermeria, Odontologia, Derecho, Ingenierias, Contaduria, Administrativos)	SI ☐	N/A ☐
18	CARNE DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) Minimo tres dosis (aplicadas (0 - 1 mes y 6 meses) Titulo 10 años de vigencia) VIGENTE O TITULACION (Certificado)	SI ☑	N/A ☐
19	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec 1227/2013)	SI ☐	
20	CARNE DE RADIOPROTECCION (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) Vigencia 1 año	SI ☐	N/A ☐
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BASICO (Enfermeria, Auxiliar de Enfermeria, Auxiliar Ambulancias)	SI ☐	N/A ☐
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Medicos, Especialistas, enfermeria coordinadora SPA, salud mental y personal APH)	SI ☐	N/A ☐
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI ☑	N/A ☐
24	LICENCIA DE CONDUCCION (Conductores)	SI ☐	N/A ☐
25	CARNET DE VACUNAS (Personal area administrativa y ambulancias)	SI ☐	N/A ☐
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRATANTE - PERSONA NATURAL (SARLAFT) (Completamente diligenciado)	SI ☑	
27	CERTIFICADO DE AFILIACION A EPS - NOMBRE Capital Salud	SI ☑	
28	CERTIFICADO DE AFILIACION A FONDO DE PENSIONES - NOMBRE Colpensiones	SI ☑	
29	FORMULARIO DE AFILIACION A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE Seguros Bolivar	SI ☑	
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PROCURADURIA (Vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑	
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORIA (Vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑	
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERIA (Vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑	
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICIA (Vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑	
34	CERTIFICACION BANCARIA (Banco, cuenta ahorros o corriente, Nº de cuenta, 20 digitos)	SI ☑	

D. CERTIFICACIÓN Y RECIBO DE LA INFORMACIÓN

Nº 1 Profesional		Firma	
Nº 2 Técnico Operativo		Fecha	
Nº 3 Contratista		Fecha	

Scanned by CamScanner

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste | UTC -5 15:59:00 | EDISSON ALEJANDRO...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → **Configuración Entidad Estatal/Proveedor**

Id de página:: 14005969 Ayuda

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

Editar datos resumen | Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad	Compradores / Proveedores
Nombre de la entidad	EDISSON ALEJANDRO GARCIA GARCIA
Nombre abreviado	EDISSON ALEJANDRO GARCIA GARCIA
Fecha de incorporación	25/09/2018 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
País de origen	COLOMBIA
Tipo de documento	Cédula de Ciudadanía
Número de documento	1069852571
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	

Información de contacto

Dirección	calle57hsur #71D-45 int 14 202
País	COLOMBIA
Ciudad	Distrito Capital de Bogotá
Municipio	
Código postal	
Teléfono de oficina	3203168314
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	edualejandro_18@hotmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	edualejandro_18@hotmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web	
Facebook	
URL linkedin	
URL de youtube	
Twitter URL	

Contacto principal

Título	Mr
Nombre	EDISSON ALEJANDRO GARCIA GARCIA
Cargo	camillero
	JOTA
	3203168314

Scanned by CamScanner

Ver Datos de la Entidad Estatal/Proveedor

Teléfono

Móvil 3203168314

Fax

Correo electrónico edualejandro_18@hotmail.com

Información financiera (No diligencie la tabla de información financiera si no está obligado a tener estados financieros.)

Año fiscal	Ingresos	Ebitda	Número de empleado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Logo

Hola, soy Jaime el Agente Virtual de Colombia Compra Eficiente. ¿En que te puedo ayudar?

Nombre

Nombre

Email

Editar datos resumen Editar datos completos

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

Teléfono

Teléfono

CLICK ACÁ PARA INICIAR CHAT

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

JOTA

Scanned by CamScanner

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

Última Actualización: 28-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
GARCIA	GARCIA	EDISSON ALEJANDRO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1069852571

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 2403859 D.M 51

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 20 MES FEB AÑO 1990

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Junin

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle 57 h sur # 71 d-45 int 14 apt 202

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7492703

EMAIL edualejandro_18@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 BASICA											*TITULO* bachiller académico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 2006
										X	

Scanned by CamScanner

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

Última Actualización: 28-sep-2018

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	0	0
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	0

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 INCOPATIBILIDAD 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

4 de Octubre de 2018

Edisson Alejandro Garcia

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.

Scanned by CamScanner

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

Última Actualización: 28-sep-2018

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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: 27-sep-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, EDISSON ALEJANDRO GARCIA GARCIA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1069852571 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección calle 57 h sur # 71 d-45 int 14 apt 202 **Teléfonos** 3203168314 7492703

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Luz marleny Garcia Gonzalez	20586336	MADRE
Orlando Joaquin Garcia Gonzalez	3064240	PADRE

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
DAVIVIENDA	AHORROS	008870464016	CENTRO MAYOR	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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

Ultima Actualización: 27-sep-2018

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
	C.C ◯ C.E ◯ T.I. ◯	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Edisson Alejandro García

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 27-sep-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre la

Institución Educativa Departamental

San Francisco

Junín – Cundinamarca

Autorizado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca
Según Resolución N° 000327 de 20 de Septiembre de 2002
y 0004451 del 15 de Octubre del 2015

Confiere a:

Edisson Alejandro García García

Identificado con T.I. No 900220-57489 de Junín

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica según los planes y Programas Vigentes

Sierva de Dios Acosta A.
C.C. 291.225 de Junín
Rector (E)

Zamir Carrión Carrión
C.C. 3.084.140 de Junín
Secretario

Acordado al folio N° __ del libro para el registro interno de diplomas No. 12
Dado en Junín a 5 días del mes de Diciembre de 2016
Se registra según Decreto 1.419 de Mayo de 1914
y 2246 del 5 de Diciembre de 1933

Scanned by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

EDISSON ALEJANDRO GARCIA GARCIA

Con Cédula de Ciudadania No. 1.069.852.571

Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el

Título de

TECNÓLOGO EN

PRODUCCIÓN AGROPECUARIA ECOLÓGICA

En testimonio de lo anterior, se firma el presente Titulo en Mosquera, a los dieciseis (16) dias del mes de noviembre de dos mil doce (2012)

Firmado Digitalmente por
CARLOS ALBERTO BARON SERRANO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CARLOS ALBERTO BARON SERRANO
SUBDIRECTOR CENTRO DE BIOTECNOLOGIA AGROPECUARIA
REGIONAL CUNDINAMARCA

1482644 - 16/11/2012
No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://verificador.sena.edu.co, bajo el número 95120080701CC1069852571C

Scanned by CamScanner

Acta Individual de Grado

Institución Educativa Departamental
San Francisco

Junín – Cundinamarca

Inscripción S.E.D. _____ *Inscripción DANE:* _____

En el municipio de Junín - Cundinamarca a los 05 días del mes de Diciembre de 2005, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la rectoría de la Institución Educativa Departamental San Francisco Institución aprobada hasta Grado Once en el Nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el Título de Bachiller Académico, según Resolución No Nº 003371 de 30 de Septiembre de 2002 y 0004451 del 19 de Octubre del 2005.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los Alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de Bachiller Académico, al graduando cuyo nombre, apellido y número de documento de identidad se relaciona a continuación:

Edisson Alejandro García García

Identificado(a) con T.I. 900220-57480 de Junín

Es fiel copia tomada del Acta Original General No ___ de fecha 5 de Diciembre de 2006, que consta de 14 alumnos, que comienza con el nombre de Andrea Milena Acosta González y cierra con el nombre de Milena Yaneth Velásquez Cruz.

Firmada y Sellada por Siervo de Dios Acosta A. (Rector) y Zenin Carrión Garzón (Secretario).

Dada en Junín Cundinamarca a los 5 días del mes de Diciembre de 2006

Siervo de Dios Acosta A.
C.C. 291.228 de Junín
Rector (E)

Zenin Carrión Garzón
C.C. 3.064.140 de Junín
Secretario

Scanned by CamScanner

REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO DE BIOTECNOLOGIA AGROPECUARIA

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 145634 - 15112012

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: EDISSON ALEJANDRO GARCIA GARCIA, Con Cédula de Ciudadanía No. 1.069.852.571

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE
OTORGARLE EL TITULO DE

TECNÓLOGO EN PRODUCCIÓN AGROPECUARIA ECOLÓGICA

En constancia se expide en firma la acuerdo en Mosquera, a los [illegible] días del mes de noviembre de dos mil doce 2012

Firmado Digitalmente por
CARLOS ALBERTO BARON SERRANO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autoridad de Documento
Bogotá - Colombia
CARLOS ALBERTO BARON SERRANO
[illegible]
REGIONAL CUNDINAMARCA

[illegible]

Scanned by CamScanner

36603

EDUCACIÓN FUTURO
Formación para el Trabajo
Aprobación: Oficial SLC 5518 de 2004 - 1559 de 2006 - 13-0099 de 2010

compensar

Educación Futuro, Formación para el Trabajo
y Agencia de Colocación de Empleo de Compensar

Certifican que:

EDISSON ALEJANDRO GARCÍA GARCÍA

C.C. No. 1069852571

Participó y aprobó el Curso

EXCEL BÁSICO

Con una intensidad de veinte(20) horas

En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D.C., a los seis (6) días del mes de Agosto de dos mil quince (2015)

Dirección General

Coordinación Académica

Scanned by CamScanner

Colsubsidio

AIRBUS GROUP

CET CORPORACIÓN DE EDUCACIÓN TECNOLÓGICA COLSUBSIDIO - AIRBUS GROUP

Personería Jurídica No. 9150 de oct. 22 de 2010

CORPORACIÓN DE EDUCACIÓN TECNOLÓGICA COLSUBSIDIO - AIRBUS GROUP

Autorización Oficial según Resolución No. 9150 del 22 de octubre de 2010 del Ministerio de Educación Nacional.

HACE CONSTAR QUE

EDISSON ALEJANDRO GARCIA GARCIA

Identificado(a) con C.C. 1.069.852.571 expedida en JUNIN/CUNDINAMARCA

Asistió al seminario:

OFICINA Y ARCHIVO

Con una duración total de 300 HORAS

BLANCA CECILIA HERNÁNDEZ GUERRERO
Secretaria Académica

Dado en Bogotá D.C., a los 24 días del mes de ENERO de 2017

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Scanned by CamScanner

Instituto de **Educación**
Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

CERTIFICA QUE:

EDISSON ALEJANDRO GARCÍA GARCÍA

Con identificación C.C. 1.069.852.571

Participó en

EL CURSO DE CAMILLERO

Con una intensidad de 40 horas

JULIO ENRIQUE DUARTE GARCÍA
Director

DIANA ZENAIDA MURCIA VALERO
Secretaría Académica

Realizado el 19 DE SEPTIEMBRE DE 2018

Código: 8388
Acta No. EDU-SL-1-221004-388
Validez dos años

La autenticidad de éste documento puede ser verificada mediante solicitud al correo asistente.operativo@cruzrojabogota.org.co indicando el No. Del Acta con el cual se registró el mismo.

I.E.T.D.H. Aprobado por Resoluciones 5733 del 30 de diciembre de 1994/10-005 del 20 de enero de 2010/ 10-1565 del 16 de febrero de 2018

Scanned by CamScanner

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
ESTRATÉGICO–GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS

CÓDIGO: ET-GT-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2016-11-25

Bogotá D.C

Señores:

Institucion educativa departamental San Francisco
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Edisson alejandro Garcia Garcia 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:

Bachiller academico
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma: Edisson Alejandro Garcia

No. de documento: 1069852571

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: Cl 57H Sur # 71 D-45 ET 4.

Teléfono: 3203168314

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.069.852.571

GARCIA GARCIA

APELLIDOS

EDISSON ALEJANDRO

NOMBRES

Edisson Alejandro Garcia

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-FEB-1990

JUNIN
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

22-FEB-2008 JUNIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1513600-00106806-M-1069852571-20081021 0004678101A 1 24504812

Scanned by CamScanner

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 14481932279

(415)7707212489984(8020) 000001448193227 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 6 9 8 5 2 5 7 1	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 0 6 9 8 5 2 5 7 1	2 0 0 8 0 2 2 2

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Junín 3 7 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GARCIA	GARCIA	EDISSON	ALEJANDRO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACION

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

41. Dirección principal
CL 57 H SUR 71 D 45 ET 4 AP 14202

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
edualejandro_18@hotmail.com		7 4 9 2 7 0 3	3 2 0 3 1 6 8 3 1 4

CLASIFICACION

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 8 0 9 1 1						

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																								

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 8 0 9 1 2

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: GARCIA GARCIA EDISSON ALEJANDRO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 12-09-2018 08:33:03AM

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ

REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha 11/09/2018

CONTRIBUYENTE	C.C. 1069852571	EDISSON ALEJANDRO GARCIA GARCIA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 57H SUR 71 D 45 ET 4 AP 14202 Teléfonos: 7492703

Dirección electrónica: edualejandro_18@hotmail. Ciudad: Bogotá, D.C. Municipio: Bogotá DC

Fecha de Inscripción: 11/09/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: NO REGISTRA

Fecha inicio de Actividades: 11/09/2018 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 Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

Bogotá MEJOR PARA TODOS

ICONTEC

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase



NÚMERO 1069852571

APELLIDOS Y NOMBRES

GARCIA GARCIA
EDISSON ALEJANDRO

PERTENECE AL EJÉRCITO DE:

1ª LINEA 31 - DIC	2ª LINEA 31 - DIC	3ª LINEA 31 - DIC
2020	2030	2040

PROFESIÓN **EMPLEADO**

FECHA DE EXP.: **25-ABR-2008**

CDTE DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa.
   - Tomar posesión de cargos publicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.

2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

2408859
EJ BEH 531

Scanned by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	19/07/2018	7077	
	2	Próximo	19/07/2019	
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	27 JUN 2017	05328910	
	2	03 AGO 2017	042501764	
	3	7 SEP 2018	VFX1000-Ban	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Edisson Alejandro

Apellidos: Garcia G.

Documento de Identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1069852571

Fecha de Nacimiento: Día 20 Mes 02 Año 1990

Scanned by CamScanner

CERTIFICADO MÉDICO LABORAL

Ciudad: Bogotá

Fecha de certificado: 11 DE SEPTIEMBRE DE 2018 Certificado de: Ingreso

1. DATOS PERSONALES

Nombre(s) y apellido(s): EDISON ALEJANDRO GARCIA
Cédula de ciudadanía N°: 1.069.852.571

Cargo: CAMILLERO

2. CONCEPTO

El médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo referidas por el trabajador, emite que la persona identificada en el numeral 1 es:

APTO [x]
APTO CON RESTRICCIÓN TEMPORAL [ ]
APTO CON RESTRICCIÓN DEFINITIVA [ ]
NO APTO [ ]

3. RECOMENDACIONES MEDICAS OCUPACIONALES

- Capacitación en higiene postural
- Pausas activas: cada 3 horas por 10 minutos.
- Uso de elementos de protección personal según exposición
- Hábitos nutricionales saludables
- Actividad física regular
- Seguimiento en sistema de inteligencia epidemiológica: No aplica
- Control periódico: No aplica
- Actualizar esquema de vacunación: INFLUENZA ANUAL.

4. RESTRICCIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

NINGUNA

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

Firma - Médico Ocupacional
L.S.O. N° 4626/2014

Firma del trabajador
c.c. Edisson Garcia
1069852571

Scanned by CamScanner

Instituto de **Educación**
Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá

CERTIFICA QUE:

EDISSON ALEJANDRO GARCÍA GARCÍA

Con identificación C.C. 1.069.852.571

Participó en

EL CURSO DE PRIMEROS AUXILIOS

Con una intensidad de 30 horas

JULIO ENRIQUE DUARTE GARCÍA
Director

DIANA ZENAIDA MURCIA VALERO
Secretaría Académica

Realizado el 30 DE AGOSTO DE 2018

Código: 7189
Acta No. EDU-SL-1-221001-369
Validez dos años

La autenticidad de éste documento puede ser verificada mediante solicitud al correo asistente.operativo@cruzrojabogota.org.co indicando el No. Del Acta con el cual se registró el mismo.

I.E.T.D.H. Aprobado por Resoluciones 5733 del 30 de diciembre de 1994/10-005 del 20 de enero de 2010/ 10-1565 del 16 de febrero de 2018

Scanned by CamScanner

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

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

CODIGO: 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: 27/09/2018 CIUDAD: Bogota DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distinguido Cliente con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1. 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 recomendada al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

PROVEEDOR ☐ PARTICULAR ☐ CONTRATISTA OPS ☒ SERVIDOR PUBLICO ☐ OTRO ☐ CUAL: ☐

I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Garcia	Garcia	Edisson	Alejandro

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☒ C.E ☐ P. ☐ NUIP ☐ PEP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐	1069852577	Junin (Cundinamarca)	22/02/2008

EL RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐

FECHA NACIMIENTO	LUGAR NACIMIENTO	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
20/09/1990	Junin (Cundinamarca)	Colombia	Colombiano

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ UNION LIBRE ☐			3203168314

NIVEL DE ESTUDIOS FORMACION ACADEMICA								PROFESION OFICIO
ANALFABETA ☐	PRIMARIA ☐	SECUNDARIA ☐	BACHILLER ☒	TECNICO ☐	TECNOLOGO ☐	UNIVERSITARIO ☐	CUAL: ☐	Camillero

DIRECCION RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	PAIS RESIDENCIA	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 51H Sur #71D45	Bogota	Cundinamarca	Colombia	

CORREO ELECTRONICO	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
Edualejandro_18@hotmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

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

II. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION	FECHA EXPEDICION
C.C ☐ C.E ☐ P. ☐ NUIP ☐ PEP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐			

EL RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD

III. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA

EMPLEADO ☐ INDEPENDIENTE ☒ PENSIONADO ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ OTRA ☐ CUAL: ☐

ORGANIZACION TERCER SECTOR ☐ MICROEMPRESA ☐ SI ☐ NO ☒ 8692

PEP ☒ SI ☐ NO ☒ PERSONAL ☐ FAMILIAR ☐

MANEJA RECURSOS PUBLICOS SI ☐ NO ☒

Scanned by CamScanner

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	AUD ☐	# NIT	

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

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

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Leguizamon		Wilson	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Calle 65sur #62-27	Bogotá.	Amigo	3198157492

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Ahorros	008870464076	Centro Mayor	-

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

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando cuenta 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.):

Camillero

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas
5. Informare 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.

Scanned by CamScanner

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
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.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y/O PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

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 estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requerira de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio tecnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciais, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorizacion, entiendase 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 - 41 3, teléfono 7 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacion 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 prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES. Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El tramite de solicitud de vinculación como comprador, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion 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 elaboracion de estudios técnicos, estadisticas, encuestas, analisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio 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 terminos 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 prevencion y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por cada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN. Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, encargados, transferidos o divulgados para la finantidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que tengan 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 derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como: call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que tuvieran en el proceso de adquisición, operación, 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, adelante gestiones de para efectos de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la DIAN. f) A cualquier otra persona juridica 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 estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES. 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 se han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que no 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 biometricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 005 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las reservas.
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 somos 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 de conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender los entendimientos que se hayan otorgado sobre mis
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS 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 ubicación se relacionan en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, encarguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal 1 anterior serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 41 Barrera De, teléfono 744 44 84, e-mail: [illegible]) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude (INDICAR DIRECCIÓN CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
9. AUTORIZACIÓN. De manera expresa, libre y voluntaria, autorizo a

Scanned by CamScanner

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

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

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

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

Edisson Alejandro Garcia

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 Cedula			

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:		

Scanned by CamScanner

capitalsalud eps-s
Te entiende. Te atiende

FORMULARIO No.

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de los datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identidad.
- ☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS.
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Movilidad — ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14. Traslado — ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento.
- ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo (Femenino ☐ Masculino ☐)	Fecha de nacimiento	42. Fecha 27/09/2018

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código ☐	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. Firma del afiliado cotizante	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
Eduardo Alejandro García -	

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Copia documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ — Cantidad ☐ Total ☐
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio / Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha / Puntaje / Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario

Observaciones:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Scanned by CamScanner

Colpensiones

BOGOTA, D.C., 25 de Septiembre de 2018 2018_12105891-16716916

Señor (a):
EDISSON ALEJANDRO GARCIA GARCIA
CALLE 57 A SUR # 71 D -45 ETAPA 4 APT 14-202
BOGOTA, D.C. - BOGOTA D.C

Referencia: Radicado No. 2018_12105891 del 25 de Septiembre de 2018
Ciudadano: EDISSON ALEJANDRO GARCIA GARCIA
Identificación: C.C. 1069852571
Tipo de Trámite: AFILIACIONES - Traslado de Régimen

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES, nos permitimos informarle que su solicitud radicada como se indica en el asunto, ha sido recibida de forma satisfactoria.

Es de recordar que en la normatividad vigente, la validación de los requisitos de cumplimiento para traslado de régimen, es efectuada por la AFP a la que se encuentre afiliado el ciudadano, por lo tanto, la aprobación o rechazo del traslado lo determina dicha entidad y es esta quien debe comunicarle la decisión adoptada.

Lo anterior se sustenta a través del concepto 2008026873-001 del 11 de agosto de 2008, subnumeral 3.5, Capitulo Primero, Titulo Cuarto de la Circular Externa 007 de 1006 (Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia), el cual impartió las instrucciones sobre el procedimiento para el traslado entre regímenes pensionales y entre las diferentes administradoras del Sistema General de Pensiones, así:

(...) "Informe de solicitudes de traslado: La administradora anterior, previa verificación del cumplimiento de los requisitos legales, deberá informar a la nueva administradora, al afiliado y al empleador, si es el caso, acerca de la procedencia o no de las solicitudes de traslado" (...)
En los eventos en que la administradora anterior verifique que se cumplieron los requisitos legales para que proceda el traslado, en el respectivo informe precisará la fecha a partir de la cual dicho traslado surte efectos, así como el mes a partir del cual deben efectuarse las cotizaciones a la nueva entidad" (...)

(...) "En los eventos en que no proceda el traslado, el informe deberá expresar con claridad la causa de

Scanned by CamScanner

Colpensiones

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

COLPENSIONES
2018_12105891
25/09/2018 03:50:18 PM
SUPERCADE BOSA
BOGOTA D.C - BOGOTA, D.C.
AFILIACIONES
IMAGENES:2
D201812105891990

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA Y SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS | REGIONAL | | OFICINA | |

DEPENDIENTE ( ) INDEPENDIENTE (X) | Ejecutivo comercial | Doc. Ejecutivo Comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

Tipo de documento: CC (X) CD ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( )	N.º de documento: 1069852571	Fecha de nacimiento: Año 1990 Mes 02 Día 20	
Primer apellido: Garcia	Segundo apellido: Garcia		
Primer nombre: Edisson	Segundo nombre: Alejandro		
Municipio de nacimiento: Juan / Cundinamarca	Departamento de nacimiento: Cundinamarca	Sexo: M (X) F ( )	
Nacionalidad: Colombiano	Dirección residencia: Calle 57 A Sur # 71 D 45 Etapa 4 / Apt. 14-202	Ingreso mensual $ 781.242	
Municipio de residencia: Bogotá	Barrio / vereda de residencia: Bogota / Sorbana	Salario integral: SI ( ) NO (X)	
Departamento de residencia: Cundinamarca	Teléfono: 7492703	Celular: 3203168314	Es empleador: SI ( ) NO (X)
Ocupación u oficio: Independiente			Alto riesgo: SI ( ) NO (X)
Correo electrónico: Edualejandro_18@Hotmail.com	AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que COLPENSIONES envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de tecnicas y medios electrónicos, Informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web y mensaje móvil)		SI (X) NO ( )

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento: CC ( ) NIT ( ) CE ( ) PA ( ) CD ( ) TI ( )	N.º de documento	DV	Código CIIU
NATURALEZA: Pública ( ) Privada ( )	Razón social o nombre		
Dirección	Municipio		
Barrio / vereda	Departamento	Sucursal	
Teléfono	Celular	Coreo electrónico	

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

Tipo de documento: CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( )	N.º de documento	Fecha de nacimiento: Año Mes Día	
Primer apellido	Segundo apellido		
Primer nombre	Segundo nombre		
Nacionalidad	Dirección de residencia		
Municipio de residencia	Barrio / vereda de residencia	Departamento de residencia	
Sexo: M ( ) F ( ) Teléfono	Celular	Correo electrónico	
Parentesco: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )			
Tipo de documento: CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( )	N.º de documento	Fecha de nacimiento: Año Mes Día	
Primer apellido	Segundo apellido		
Primer nombre	Segundo nombre		
Nacionalidad	Dirección de residencia		
Municipio de residencia	Barrio / vereda de residencia	Departamento de residencia	
Sexo: M ( ) F ( ) Teléfono	Celular	Correo electrónico	
Parentesco: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )			

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

TIPO DE NOVEDAD: Vinculación inicial ( ) Traslado de régimen (X) Traslado de entidad diferente ( ) Vinculación laboral ( )	Ha cotizado más de 150 semanas a las cajas o fondos del sector público: SI ( ) NO ( )	Subsidiado: SI ( ) NO ( )			
Si marcó traslado indique a la administradora de pensiones anterior: Protección S.A			Código		
El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones: SI ( ) NO ( ) ¿Cuál?	Código	Tarifa con la que debe cotizar	%		

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa e irrevocable a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES, incluyendo a terceros con quienes esta tiene suscritos convenios con tal propósito, para la recolección y tratamiento de datos de carácter personal y reservado relacionados con la prestación, gestión, administración, personalización, actualización y mejora de los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, búsqueda, recolección y uso en cualquier tiempo en las centrales de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ciudadano para realizar los trámites que se refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sistema general de seguridad social administrados por COLPENSIONES. 2. AUTORIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN: el afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES, directamente y/o a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos, realice la verificación y uso de la información suministrada por el afiliado/ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes. 3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES

V. FIRMAS

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA

Edisson Alejandro Garcia			
FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE	HUELLA AFILIADO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

"Ven por tu FUTURO"

Scanned by CamScanner

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1069852571	Seguros Bolivar
Numero de Documento	ARL

Edisson	Alejandro	Garcia	Garcia
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

20/02/1990	Junin/cund.	Calle 57 HSur #71 D45 ETP.4 - 14-202	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Capital. Salud	ColPensiones	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Camillero	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

Edvalejandro_18@Hotmail.com	3203168314
Correo Electrónico	Celular

Edisson Alejandro Garcia	
Firma del Afiliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 115226000

WEB
12:18:27

Bogotá DC, 11 de septiembre 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) EDISSON ALEJANDRO GARCIA GARCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1069852571:

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

DIANA PATRICIA SALCEDO GIRALDO
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP) (E)

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.

Scanned by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

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 martes 11 de septiembre de 2018, a las 20:35:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1069852571
Código de Verificación	1069852571180911203515

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 y Revisó: WEB

Scanned by CamScanner

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2436660

Bogotá D.C., 11 de Septiembre de 2018 - 20:38 pm

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL SESENTA Y NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SETENTA Y UN**

1069852571

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

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.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 9_BIZFN_3820
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Scanned by CamScanner

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A

CERTIFICACIÓN

Bogotá
COLOMBIA

2018/09/19

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor EDISSON ALEJANDRO GARCIA GARCIA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1069852571** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO

Número:	**008870464016**
Fecha apertura:	**2013/01/02**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7
AH 170-1Rev 4 - 06

Scanned by CamScanner