ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SAL SUR E.S.E.

FORMATO INDIVIDUAL NECESIDADES CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CO-BIS-FT-03 V2

FECHA DE SOLICITUD	DD	MM	AAAA
	18	12	2017

1. INFORMACIÓN GENERAL

DIRECCIÓN U OFICINA SOLICITANTE	UNIDAD EJECUTORA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA CONVENIO 1220-2017
AREA ESPECIFICA DE SERVICIO	UNIDAD EJECUTORA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA CONVENIO 1220-2017

INFORMACIÓN CANDIDATO SOLICITADO (Especificar de acuerdo al requerimiento el nivel de estudio correspondiente)	BACHILLER	X	TÉCNICO O TECNÓLOGO		PROFESIONAL UNIVERSITARIO		PROFESIONAL UNIVERSITARIO MÉDICO		PROFESIONAL UNIVERSITARIO CON POSTGRADO	

2. DESCRIPCIÓN DEL REQUERIMIENTO

PERFIL: REQUISITOS DE ESTUDIOS Y EXPERIENCIA	Nº PERSONAS
Título de Bachiller o Certificado de experiencia de más de dos años en conducción de unidades móviles para traslado básico o medicalizado o en unidades móviles del Programa Atención Prehospitalaria. Primeros auxilios mínimo de 40 horas certificado por institución legalmente reconocida. Licencia de conducción vigente para la categoria de ambulancias o vehículos de emergencia. Tener vigente el paz y salvo de comparendos suministrados en el SIM o de lo contrario contar con un acuerdo de pago ante la autoridad competente vigente y presentación de los respectivos desprendible de consignación generados hasta la fecha de inicio de la labor dentro de las unidades móviles o Programa de Atención Prehospitalaria.	1

OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicios Profesionales y/o a la gestion como Conductor de ambulancia en la unidad ejecutora de atencion prehopitalalaria Convenio 1220-2017.

3. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DEL SERVICIO (ACTIVIDADES DEL PROCESO)

	ACTIVIDADES ESPECIFICAS A REALIZAR
1	Prestar servicios como conductor de ambulancia Básica o Medicalizada en el programa de Atención Prehospitalaria de la subred Sur, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta.
2	Dar respuesta oportuna a cada uno de los eventos y atenciones, indicadas por la Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, realizando los traslados de pacientes asignados de acuerdo a cada uno de los despachos ordenados por el DUES de manera oportuna con calidad y calidez, junto con el equipo médico y técnico que tripula la móvil.
3	Cumplir con las indicaciones del líder de la tripulación (Medico) quien define en cada caso las instrucciones en el proceso de atención para obtener el cumplimiento de las metas asignadas para el programa oportunidad, disponibilidad, eficiencia.
4	Registrar y reportar con el responsable delegado por la Unidad Ejecutora en lo que corresponde a la toda novedad referente al funcionamiento de la móvil asignada, de manera y oportuna, de igual forma reportar a la unidad ejecutora y al DUES de novedades e incidentes presentados durante la operación.
5	Dar cumplimiento a los direccionamientos dados por la dirección centro regulador de urgencias y emergencias, cumpliendo con los tiempos para atención valoración y traslado en el programa de atención Prehospitalaria.
6	Revisar, verificar y salvaguardar los elementos que hacen parte de la dotación de herramientas y dispositivos de seguridad vial de la móvil a la que se encuentre asignado, cumplir con el registro en los formatos diseñados, velando por la adecuada utilización de los recursos por parte del equipo médico durante la atención del paciente.
7	Verificar y salvaguardar cada uno de los equipos biomédicos y de comunicación asignados a las móviles.
8	Asistir a las capacitaciones para el fortalecimiento de las competencias del programa de atención Prehospitalaria programadas con el DUES
9	Cumplir con las demas actividades asignadas en las móviles del programa de atención Prehospitalaria y que sean inherentes al perfil.
10	
11	

4. JUSTIFICACIÓN

se requiere la contratacion de Conductores para el convenio unidad ejecutora atencion prehospitalalria Convenio 1220-2017

SOLICITANTE			APROBACIÓN		
NOMBRE	CARGO- DIRECTOR O JEFE DE OFICINA	FIRMA	NOMBRE	SUBGERENCIA U OFICINA ASESORA	FIRMA
DIANA FRANCIA SOTO RIAÑO	Profesional Universitario		MARTIN GUILLERMO JAIMES MADARIAGA	Subgerente Prestación Servicios de Salud (E)	

5. ESPACIO EXCLUSIVO PARA TALENTO HUMANO

El suscrito Director Operativo del Área de Talento Humano certifica que revisada la planta de personal y el Manual de funciones y competencias laborales vigente de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur no cuenta con el personal de planta suficiente provisto, para el desarrollo de las actividades señaladas en el requerimiento, de acuerdo con el perfil solicitado.

FIRMA Y NOMBRE DIRECTOR TALENTO HUMANO	

Disponibilidad

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

ENCUESTA GENERAL CONTRATISTA - PROCESO NUEVO

CEDULA	79534745
NOMBRES Y APELLIDOS	HAMILTON LLANOS PEREZ
EPS	FAMISANAR
FONDO DE PENSIONES	COLPENSIONES
ARL	SURA
DIRECCION (completa: casa, torre, int o apto)	Calle 29D No 5-38 este
LOCALIDAD	SOACHA
TELEFONO FIJO	3108856265
No. CELULAR	3108856265
CORREO ELECTRONICO	hamolo llanosp@hotmail.com
ESTADO CIVIL (casado, union libre, soltero)	U. LIBRE

HIJOS SI X NO _____ CUANTOS 3 EDADES 27 - 20 - 10

MADRE CABEZA DE FAMILIA SI X NO _____

DISCAPACIDAD SI _____ NO X CUAL _____

Bogotá, NOV. 15 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 CONDUCTOR, 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 192 HORAS DISPONIBLES PARA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES REQUERIDAS 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: CLLE 29F N° 5-38 ESTE
TELEFONOS: 3108856265
CORREO ELECTRONICO: homero llanosp@hotmail.com

Atentamente,

NOMBRE HOMERO LLANOS PEREZ
C.C. No. 79534745

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	LISTA DE CHEQUEO - VERIFICACIÓN DE REQUISITOS CONTRATISTAS	CO-OPS-FT-07 V3

DEBE:
Entregar una(1)copia en físico de toda la documentación presentaría en un (1) carpeta tamaño oficio.
Entregar un (1) CD con toda la información de la hoja de vida en magnético en archivo PDF AL 75% (Escaneado individualmente en el orden del listado).

N°	DOCUMENTO	ESPECIFICACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	APLICA	NO APLICA
1	Fotocopia del documento de identidad	Cedula de ciudadanía	✓			
		Cedula de Extranjería				
2	Formato de Hoja de Vida Función Publica	Completamente diligenciado y firmado (sin tachones ni enmendaduras)	✓			
3	Formato de declaración bienes y rentas	Completamente diligenciado y firmado (sin tachones ni enmendaduras)	✓			
4	Diplomas y actas de grado	Diploma y acta de Bachiller para auxiliares	✓			
		Diploma y acta de Bachiller para técnicos				
		Diploma y acta de Bachiller tecnólogos				
		Diploma y acta de grado de pregrado de acuerdo a la especialidad				
		Diploma y acta de grado de postgrado de acuerdo a la especialidad				
5	Certificado de estudios adicionales	Cursos, seminarios, diplomados, entrenamientos específicos, etc.	✓			
6	Certificado de experiencia laboral	Los certificados anexos deben ser los mencionados en la Hoja de vida Función Publica	✓			
7	Fotocopia de la tarjeta profesional SDS - ANEC - COPNIA - Colegios Profesionales (Medico, Bacteriólogo, Fisioterapeutas, Químicos Farmacéutico, Psicólogo (a), etc.	Tarjeta profesional y/o certificado de inscripción del ente regulador y de control y/o RETHUS conforme a la ley 1164 y la Resolución 3030 de 2014. Registro de inscripcion donde se realizo el rural y tarjeta de colegiaturas				X
8	Libreta Militar	Hombres hasta 50 años	✓			
		Jóvenes : Plazo de 18 meses para traer la libreta, una vez inicio contrato				
9	Antecedentes disciplinarios, fiscales y judiciales	Personería ✓ — Contraloría ✓				
		Procuraduría ✓ — Policía ✓				
10	Antecedentes profesionales en los casos que aplique	Abogados (consejo superior de la Judicatura)				
		Profesionales en ingeniería o afines (COPNIA)				X
11	RUT	Actualizado con la actividad económica relacionada con el objeto contractual	✓			
12	RIT	Actualizado con la actividad económica y relacionado con el objeto contractual que coincida con el RUT	✓			
13	Examen pre ocupacional	Vigente - Decreto 723 de 2013 (NO SUPERIOR A TRES AÑOS)				
	Para todo el Personal	General y visiometria ✓ ☐	✓			
	Para conductores y auxiliares de mantenimiento	General, visiometria y audiometria ☐ ✓	✓			
14	VACUNAS AREA ASISTENCIAL	*Hepatitis B tres dosis cuyo esquema es el dia 0, 60 y 180, para quienes se realizaron la vacunación y no tienen carné, deben realizarse la titulación de anticuerpos para Hepatitis * Influenza de vigencia año actual. *Vancela dos dosis el dia 0 y el dia 180. *Tétanos, para mujer tres dosis el dia 0-30-180 y para hombres dos dosis el dia 0 y el dia 30.				
15	VACUNAS AREA ADMINISTRATIVA	Influenza de vigencia año actual.	✓			
		Auxiliares de Enfermería.- *Curso soporte vital básico vigente - SVB - Certificado de formación en la atención del paciente en diálisis renal (colaboradoras que se encuentren en la unidad renal)* ☐				
		Unidad renal: *Medico especialista Nefrologia *Medico generalcon formacion en unidad renal *Enfermera profesional *Auxiliar de enfermeria certificado de formacion en unidad renal. *Soporte vital avanzado: medico general, psicologo, nutricionista y trabajadora social por disponibilidad				
		Unidad de cuidado critico: unidad cuidado intensivo neonatal: . Todo el personal mencionado debe contar con certificado de formación en atención del paciente de cuidado intensivo neonatal, a excepción de los Neonatologo unidad cuidado intensivo pediatrico Todo el personal mencionado cuenta con certificado de formación en atención del paciente de cuidado intensivo pediátrico, a excepción de los especialistas en cuidado intensivo. Unidad cuidado intensivo adulto Todo el personal mencionado debe contar con certificado de formación en atención del paciente de cuidado intensivo adultos, a excepción de los especialistas en medicina critica y cuidado intensivo.				
		Auxiliares de Enfermeria Ambulancia .- Curso de soporte vital Avanzado vigente - ACLS Trasnporte medicalizado basico: tecnologos o auxiliares de enfermeria debeN contar con soporte vital basico. Vehiculos de respuesta rapida (MOTO): Curso APH Medicalizado: soporte vital avanzado ☐				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	LISTA DE CHEQUEO - VERIFICACIÓN DE REQUISITOS CONTRATISTAS	CO-OPS-FT-07 V3

DEBE:
Entregar una(1)copia en físico de toda la documentación presentarla en un (1) carpeta tamaño oficio.
Entregar un (1) CD con toda la información de la hoja de vida en magnético en archivo PDF AL 75% (Escaneado individualmente en el orden del listado).

N°	DOCUMENTO	ESPECIFICACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	APLICA	NO APLICA
16	Cursos por Habilitación que debe tenerse vigentes según perfil	Auxiliares de enfermería Laboratorio - Curso de laboratorio clínico y/o toma de muestras.				
		Auxiliares que realicen actividades de vacunación. O P y D- Curso PAI y/o certificado de formación en administración de inmunobiológicos según lineamientos y normativa vigente Programa PYD Certificado de formación en toma de citologías.				
		Médicos áreas de urgencias.- Curso de soporte vital avanzado vigente - ACLS				
		Sedación Grado I y II fuera de salas de cirugía por ejemplo en algunos procedimientos de radiología, gastroenterología y odontología, el encargado de realizar la sedación, será un profesional diferente a quien está realizando el procedimiento, será éste el responsable de la sedación y su perfil será el de un anestesiólogo o profesional médico u odontólogo con certificado de formación en soporte vital básico y certificado de formación para sedación.				
		Enfermeras.- Soporte vital básico vigente - SVB ☐				
		Certificado de formación del personal asistencial(Medicos,enfermeras,auxiliares) de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa en atención integral en salud de las victimas de violencias sexuales				
		Enfermeras áreas de Urgencias.- Soporte vital avanzado vigente - ACLS y Curso de Administración de medicamentos ☐				
		Medicos Especialistas - Certificado de formación en radio protección (Radiólogo, Ecografistas). Médico especialista en medicina física y rehabilitación (Fisiatría) o neurólogo u otra especialidad que en su formación académica haya realizado entrenamiento en el área de electrodiagnóstico.				
		Cuidado básico neonatal - Enfermera, auxiliar de enfermería, nutricionista, medico pediatra y terapeuta respiratorio o fisioterapeuta. Todo el personal mencionado debe contar con certificado de formación en atención del paciente neonatal, excepto el médico especialista en neonatología o en cuidado intensivo.				
		Bacteriologos - En mediana complejidad: disponibilidad de bacteriólogo o convenio con un Banco de Sangre para la realización de las pruebas. Todo el personal debe contar con certificado de formación para el manejo de transfusión sanguínea.				
		Tecnólogo de Radiología, Auxiliares de Odontología, Odontólogos y Médicos Radiólogos.- Carnet de radio protección SDS ☐				
		En área de radiología cuando hay TAC formacion especifica en manejo de TAC				
		Conductores.- Licencia de conducción - constancia de comparendos. Curso de primeros auxilios y primer respondiente ☑	✓			
17	Curso de Alturas	Área de Mantenimiento ☐				✓
18	Póliza de Responsabilidad civil profesional (valor amparado mínimo 100 SMLM)	Perfiles.- Médicos, Médicos Especialistas, Odontólogos odontólogos Especialistas, Profesionales en Enfermería, Bacteriólogos, Instrumentador quirúrgico, fisioterapeuta y terapeuta respiratoria- LA GARANTÍA DEBE ESTAR CONSTITUIDA CON CUALQUIER ASEGURADORA QUE AMPARE MÍNIMO 100 SMLMV) - VIGENTE UNA VEZ SUSCRIBA EL CONTRATO				X
17	Para el caso de salud mental	Certificado de entrenamiento en salud mental				X
18	Certificación de afiliación a seguridad social en salud y/o SOPORTE DE AFILIACIÓN COMO INDEPENDIENTE	EPS ☑				
		ARL ☐				
		AFP ☑	✓			
19	Autorización de verificación de Títulos debidamente firmado	Para todos los perfiles a excepción Bachilleres.				
20	Anualmente, todo el personal de contrato debe tener actualizados todos los soportes de habilitacion en los casos que aplique.					

OBSERVACIONES:

Sección II ✓ Pantalla 2

Tania Andrea Acosta

NOMBRE DE QUIEN RECEPCIONA Y VERIFICA DOCUMENTOS

15 NOV 2018

FECHA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.534.745
LLANOS PEREZ
APELLIDOS
HOMERO II
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-AGO-1970
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-MAY-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-00834916-M-0079534745-20160603 0050008633A 1 1233931301

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
LLANOS	PEREZ	HOMERO II

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 79534745

SEXO: F ( ) M (X)

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

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 79534745 D.M 55

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 18 MES 08 AÑO 1970

PAÍS COLOMBIA

DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO _____

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: CLLE 29F N° 6C38 ESTE

PAÍS COLOMBIA DEPTO CUNDINAMARCA

MUNICIPIO _____

TELÉFONO 3108856265 EMAIL homerollanos93@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X

TÍTULO OBTENIDO: BACHILLER

FECHA DE GRADO: MES 11 AÑO 1990

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
TC	3	X		AUXILIAR ENFERMERIA	07	2000	79534745

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

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
AMBULANCIAS Y SERVICIOS MEDICOS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA		OSHAMBULANCIAS@YAHOO.COM

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2359377	DÍA 28 MES 04 AÑO 2016	DÍA 27 MES 06 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONDUCTOR	ASISTENCIAL	CLLE 62 N° 26-29

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
AMC AMBULANCIAS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA		AMS.AMBULANCIAS@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
0386823240	DÍA 16 MES 01 AÑO 2014	DÍA 14 MES 05 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONDUCTOR	ASISTENCIAL	CLLE 34 N° 39-13

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL BOSA II NIVEL	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA		

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7535361	DÍA 01 MES 02 AÑO 2008	DÍA 10 MES 09 AÑO 2008

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR ENFERMERIA	ASISTENCIAL	CLLE 66 SUR N° 78-40

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	8	
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	8	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	5	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	21	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO (X) 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 NOVIEMBRE 09- 2018

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Departamento Administrativo de la Función Pública

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

ENTIDAD RECEPTORA

DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, HOMERO LLANOS PEREZ

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] C.E. [2] OTRO [3] No. 79534745 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

DIRECCIÓN Cll€ 29F Nº 6C38 ESTE | TELÉFONOS 3108856265

MUNICIPIO SOACHA | DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA | PAIS COLOMBIA

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

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
HOMERO LLANOS	19085500	PADRE
MYRIAM PEREZ	40359229	MADRE

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	6000000-
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	— 0 —
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	— 0 —
ARRIENDOS	— 0 —
HONORARIOS	1800.000-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	— 0 —
TOTAL	— 0 —
	4200000-

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	230024480	UNISUR	0

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CÓNYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☐ C.E. ☐ OTRO ☐	Nº

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA 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 PARTICIPACIÓN

3. FIRMA

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO

Bogotá Nov 08-18

CIUDAD Y FECHA

07/11 y 8:00 am.

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
LLANOS	PEREZ	HOMERO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 79534745

SEXO: F ( ) M (X)

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

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (Ø) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 79534745 D.M 55

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 18 MES 08 AÑO 1970

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: _____

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Clle 29F N° 6C-38 ESTE

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: CUNDINAMARCA

MUNICIPIO: _____

TELÉFONO: 3108856265 EMAIL: homerollanosp@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO: TECNICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11 (X)	MES 11 AÑO 1989

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
TC	3	X		AUXILIAR ENFERMERIA	06	2001	79534745

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
HELP AND LIFE MEDICAL		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA		

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3205903603	DÍA 03 MES 09 AÑO 2018	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONDUCTOR AMBULANCIA	ASISTENCIAL	CRA 50 N° 4F 36

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ANC AMBULANCIAS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
META	1	anc.ambulancias@hotmail.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
038-672 6142	DÍA 16 MES 01 AÑO 2016	DÍA 14 MES 05 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONDUCTOR	ASISTENCIAL	CLE 34 N° 39-13

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
AMBULANCIAS Y SERVICIOS MEDICOS		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	BOGOTA	www.asmambulancias.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2359377	DÍA 20 MES 04 AÑO 2016	DÍA 28 MES 06 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONDUCTOR	ASISTENCIAL	CLE 62 + 26-29

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
	DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO

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		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	12	
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	8	
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	20	

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI (X) 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 OCTUBRE 10 - 2018

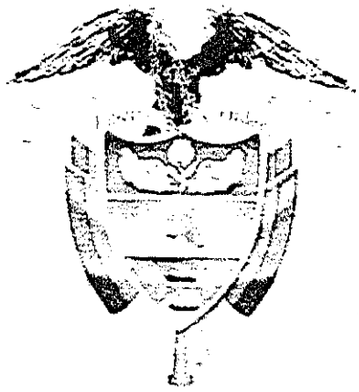
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



En nombre de la Republica de Colombia
Y por autorización del Ministerio de Educación Nacional el

Instituto Anglo Francés

Autorizado por la Secretaria de Educación de Santafé de Bogotá D.C.
Según Resolución No. 09822 del 14 de Agosto de 1987

Teniendo en cuenta que:

Homero Llanos Pérez

Identificado (a) con documento de identidad No 79.534.745 de Bogotá

Termino satisfactoriamente los estudios correspondientes a la Educación Secundaria de acuerdo
A las disposiciones vigentes le confiere el titulo de

Bachiller Académico

Dado en Santafé de Bogotá D.C.
A los veintinueve (29) días del mes de Mayo de 1992.

REPUBLICA DE COLOMBIA

Rector

Secretaria Educación

INSTITUCION INSTITUTO ANGLO FRANCES.

DIRECCION CARRERA 19 No.63B-33

TELEFONO 2498779 Inscripción S.E. 2338.

JORNADA NOCTURNA Inscripción Dane 311001191 64

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Bogotá D.E. a los 30 días del mes de Noviembre del año 1.989 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del INSTITUTO ANGLO FRANCES.

Institución aprobada hasta Tiempo Limitado en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada 1.987- 1.990 Inclusive.
por el Ministerio de Educación Nal. para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA. según Resolución Nº 09822 del 14 de Agosto de 1987.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el

TITULO DE BACHILLER *ACADEMICO*

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:
HOMERO LLANOS PEREZ Con C.C. No. 79.534.745 BTA

Es fiel copia tomada del Acta original general Nº 019 de fecha XI-30-89.

que consta de 94 alumnos que comienza con el nombre de ACOSTA GRACIELA.

y se cierra con el nombre de ZARATE SANTOS MEDARDO DE JESUS.

firmado y sellado por FRANCISCO JAVIER ARISTIZABAL MEJIA. (Rector) y MAGDALENA GONZALEZ DE DE LAS SALAS. (Secretario).

Dada en Santafé de Bogotá D.C. a los 29 días del mes de Mayo de 1992.

INSTITUTO ANGLO FRANCES

El Rector o Director

C.C. Nº 19.149.251 de Bogotá

Firmado y Sellado

INSTITUTO ANGLO FRANCES SECRETARIA

El Secretario

C.C. Nº 20.238.356 de Bogotá.

Firmado y Sellado

FISE

AMBULANCIAS Y SERVICIOS MEDICOS S.A.

NIT. 830.077.285-4

Calidad y Servicio Oportuno



LA SUSCRITA GERENTE DE
AMBULANCIAS Y SERVICIOS MEDICOS S.A.
NIT 830 077 285-4

CERTIFICA

Que el Señor: ***HOMERO LLANOS PEREZ*** *con cedula de ciudadanía No 79.534.745 de Bogotá, trabajo en nuestra Empresa desde el veintiocho (28) de abril del dos mil dieciséis hasta veintisiete (27) de junio del mismo año. Como* ***CONDUCTOR DE AMBULANCIA.***

La presente solicitud se expide a petición del interesado a los veintiocho (28) días del mes de octubre del dos mil diecisiete (2.017).

CLEMENCIA MAHECHA CARDENAS
GERENTE

BOGOTÁ: Calle 62 No. 26 - 29 • PBX: 235 93 77 • Tels: 552 1500 al 552 1509 • Directo: 255 46 40
Cels: 313 394 2417 - 310 224 0865 • e-mail: asmambulancias@yahoo.com
YOPAL: Carrera 31 A No. 22-41 • Celular: 310 815 39 67
www.asmambulancias.com

AMC
AMBULANCIAS
NIT. 900.151.754 - 7

LA SUSCRITA SUBGERENTE DE AMC AMBULANCIAS S.A.S.

HACE CONSTAR:

Que el señor **HOMERO II LLANOS PEREZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. **79'534.745** de Bogotá, laboró para nuestra empresa desempeñando el cargo y funciones propias de Conductor de Ambulancia, desde el 16 de Enero de 2014, hasta el 14 de Mayo de 2014.

La presente se expide a solicitud del interesado, dada en Villavicencio a los 24 días del mes de Junio de 2017.

Esta certificación carece de validez sin confirmación telefónica por parte de Coordinación Administrativa de AMC AMBULANCIAS S.A.S.

Cordialmente,

DANNY HOYOS GONZÁLEZ

GESTION Y CALIDAD EFICIENTE CTA

Nuestro esfuerzo es nuestro bienestar

EL SUSCRITO COORDINADOR DE PERSONAL DE LA COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO GESTION Y CALIDAD EFICIENTE CTA.
NIT.830124998-9

CERTIFICA:

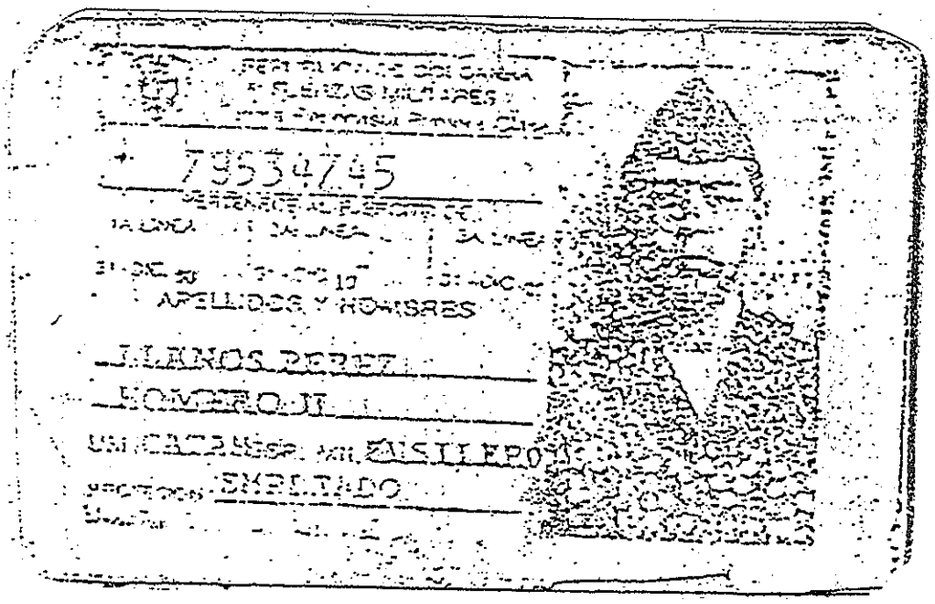
Que el (la) señor (a) **HOMERO LLANOS PEREZ,** identificado (a) con cédula de ciudadanía **No. 79.534.745.** de bogota se encuentra vinculado (a) a la cooperativa **GESTION Y CALIDAD EFICIENTE C.T.A.** a partir del **01 de FEBRERO del 2008**, desarrollando la actividad de **AUXILIAR DE ENEREMERIA A P H ;** en el **HOSPITAL BOSA II NIVEL E.S.E.** bajo la modalidad contractual de Acuerdo de Trabajo Asociado por Autogestión; (INDEFINIDO)con una compensación básica de **$ (461.500) (CUATROCIENTOS SESENTA Y UN MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE),** y otros beneficios cooperativos de **$ (383.843) (TRECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE,** para un ingreso total de **$ (800.343) (OCHOCIENTOS MIL TRECIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS) M/CTE.**

Se expide la siguiente certificación a solicitud del interesado (a) a los 10 Días del mes de SEPTIEMBRE del año 2008.

Cordialmente,

FRANCKLIN BERTEL MORA
COORDINADOR

Calle 83 Bis No. 24 - 51 Oficina 104 EL POLO
Tel.: 753 53 61 - Fax: 753 43 08
E-mail: gestionycalidadeficientecta@hotmail.com
Bogotá, D.C. - Colombia


7953745
APELLIDOS Y NOMBRES
LLANOS PEREZ
NOMERO II
EXPEDIDO

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2534986

Bogotá D.C., 10 de Noviembre de 2018 - 15:12 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **HOMERO II LLANOS PEREZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **SETENTA Y NUEVE MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO** de BOGOTÁ, D.C.

79534745

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 Jazmin 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: 11_1U6CJ_1215
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

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 sábado 10 de noviembre de 2018, a las 15:07:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	79534745
Código de Verificación	7953474518111O150751

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 117766297

WEB
15:04:23

Bogotá DC, 10 de noviembre 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) HOMERO II LLANOS PEREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79534745:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:34:36 horas del 13/11/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **79534745**
Apellidos y Nombres: **LLANOS PEREZ HOMERO II**

ACTUALMENTE NO ES REQUERIDO POR AUTORIDAD JUDICIAL ALGUNA

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

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

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea
Todos los derechos reservados.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2 Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14244966537

(415)7707212489984(8020) 000001424496653 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 5 3 4 7 4 5	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	7 9 5 3 4 7 4 5	1 9 8 9 0 5 1 2

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LLANOS	PEREZ	HOMERO	

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
CL 29 D 5 38 ESTE BRR SAN MATEO

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
homerollanosp@hotmail.com		7 8 1 7 0 1 7	3 2 0 8 9 0 4 4 2 7

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
4 9 2 1	2 0 0 5 0 1 0 3	8 6 9 9	2 0 0 5 0 1 0 3				

Responsabilidades

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	2	0																

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI X NO 60. No. de Folios: 2 61. Fecha: 2 0 1 3 0 6 1 2

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra deberá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GIRALDO VARGAS REINALDO AUGUSTO

985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

Fecha generación documento PDF: 12-06-2013 03:04:09PM

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:07/11/2018

CONTRIBUYENTE	C.C. 79534745	HOMERO II LLANOS PEREZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 29D 5 38 ESTE BRR SAN MATEO Teléfonos: 3208904427

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

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: 03/01/2005

Fecha inicio de Actividades: 03/01/2005 Fecha de cese de Actividades: NO REGISTRA No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 4921 - Transporte de pasajeros

Actividad 2: 86991 - Otras actividades de atención de la salud humana (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 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

Version 2.01

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

ICONTEC

GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.

NIT. 901.120.583-5
Habilitación No. 2575403174O1

IPS SERVIR

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso
SALUD



Fecha: 30/Ago/2018, **Hora:** 02:23:01 p.m.

Apellido: 79534745 **Nombre:** HOMERO II **HC:** # 972

Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 79534745 **Edad:** 48 años

Empresa: Particular **Sexo:** Masculino

Cargo: CONDUCTOR-AUXILIAR **Nacim:** 18/Ago/1970

Rh: A+

Examen Realizados

Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular

Concepto

Apto

Recomendaciones

Uso de Elementos de Proteccion Personal, Pausas Activas, SVE Salud Respiratorio

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

LUIS ENRIQUE FLOREZ PARRA
medico especialista S.O
Lic. de S.O #: 4335

HOMERO II 79534745
CC 79534745

Huella
Digital

Cra. 9 No. 12a - 44 Soacha
Tel.: 900 21 46
Cel: 312 511 87 55
E-mail: gerente@servirips.com

GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.

NIT. 901.120.583-5
Habilitación No. 257540317401

IPS SERVIR

Audiometria Tamiz



Fecha: 08/Nov/2018, **Hora:** 03:00:39 p.m.

HC: # 2480

Apellido: LLANOS PEREZ

Nombre: HOMERO II

Edad: 48 años

Tipo Doc: CC

Nro Identidad: 79534745

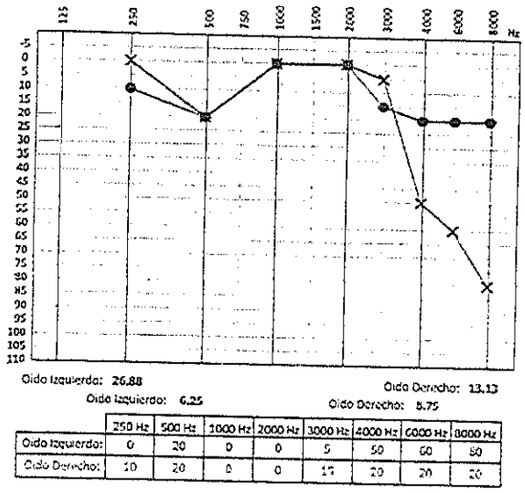
Sexo: Masculino ♂

Lugar:

Antecedentes						
Personales	Si/No	OI/OD	Personales	Si/No	Tiempo	Uso EPP
Cirugia	No	Ninguno	Practica de tiro	Si	Hace 10 años	No
Otalgia	No	Ninguno	Presto el servicio militar	Si	Hace 29 años	No
Otorrea	No	Ninguno	Musica a alto volumen	No		No
Prurito	No	Ninguno	Audifonos / Diademas	No		No
Acufeno	No	Ninguno	Uso de motocicleta	Si	Maneja hace 5 años	No
Vertigo	No	Ninguno	Actividades Acuaticas	No		No
Consumo medicinas Ototoxicas	No	Ninguno	Frecuencia sitios ruidosos	Si	Durante 12 horas en el trabajo	No
Consumo del cigarrillo	No	Ninguno				
Trabajo con Exposicion	Si	Ninguno				

OTOSCOPIA

Oido Derecho Normal **Oido Izquierdo** Normal



	250 Hz	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	3000 Hz	4000 Hz	6000 Hz	8000 Hz
Oido Izquierdo:	0	20	0	0	5	50	60	50
Oido Derecho:	10	20	0	0	15	20	20	20

Diagnostico Audiologico:

Hipoacusia de moderada a severa en oido izquierdo en 4000,6000,8000 hz, sin compromiso conversacional
DX CIE 10:H905

Leidy L. Carreño C.
Fonoaudiologa
C.C. [illegible] 520518
[illegible] 2430

Recomendaciones:

Valoracion por otorrinolaringologia y audiologia para iniciar tratamiento,control auditivo semestral

Percepcion de Colores	X
Forias	X
Vision Periferica	X

Concepto

Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No

Recomentaciones

Debe usar correccion para laborar	Si No X	Valoracion por Optometria	Si No X	Valoracion por Oftalmologia	Si No X	Se recomienda control de Visiometria	en 12 Meses

Conducta

NIDIA ELVIRA GONZALEZ MONICO
OPTOMETRA
Registro #: 1788

HOMERO II LLANOS PEREZ
CC 79534745

Huella
Digital

GRUPO EMPRESARIAL SERVIR S.A.S.

NIT. 901.120.583-5
Habilitación No. 2575403174O1

IPS SERVIR

Visiometria



Fecha: 08/Nov/2018, **Hora:** 03:00:39 p.m.

HC: # 2480

Apellido: LLANOS PEREZ **Nombre:** HOMERO II **Edad:** 48 años

Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 79534745 **Sexo:** Masculino ♂

Lugar:

Antiguedad en la Empresa

Antiguedad en el Cargo

Antecedentes					
Personales		Familiares		Laborales	
Hipertension Arterial	No	Hipertension Arterial	No		No
Diabetes	No	Diabetes	No		No
Hipercolesterolemia	No	Glaucoma	No		No
Glaucoma	No	Cataratas	No		No
Migraña	No	Miopia	No		No
Cataratas	No	Astigmatismo	No		No
Cirugías Oculares	No	Hipermetropia	No		No
Traumas Oculares	No				
Cuerpos Extraños	No				
Hipermetropía	No				
Astigmatismo	No				
Miopía	No				

Correccion	
Usa Lentes	No
Cerca	No
De Contacto	No
Lejos	No
Bifocales	No

Evaluacion			
Agudeza Visual	Cerca	Lejos	Con Correccion
O.D.	20/20	20/20	
O.I.	20/20	20/20	
A.O.	20/20	20/20	

Examen Externo					
Percepcion del Color			Convergencia		
Percepcion Anormal	No		Lejos	No	
			Cerca	No	

Interpretacion	Lejos		Cerca	
	Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo
Agudeza Visual Normal	X	X	X	X

Patologia de Refraccion

Adecuadamente Corregida

Inadecuadamente Corregida

Interpretacion	Normal	Anormal

Cra. 9 No. 12a - 44 Soacha
Tel. 200 21 46
[illegible] 55
E-mail: gerente@servirips.com

PADRE DE FAMILIA: Usted debe vacunar oportunamente con todos los biológicos y con todas las dosis de cada vacuna a sus hijos, así le garantizará la protección frente a muchas enfermedades.

Acuda a su IPS, EPS, ARS, Hospital, Centro o Puesto de Salud más cercano.

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS
Calle 13 No. 10-48 - PBX: 722 0365
Tels.:781 0176 - 721 9228

PUESTOS DE SALUD

ALTOS DE CAZUCA
SANTILLANA
QUINTANARES
DESPENSA
PRIMAVERA
CIUDAD LATINA
ALTO DEL CABRA
CHARQUITO
GRANADA
SIBATE
PABLO NERUDA

EN SOACHA TODOS LOS DÍAS SON DE VACUNACIÓN...

HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS
SOACHA - CUNDINAMARCA
Somos un Equipo a su Servicio

CARNET DE VACUNACIÓN
Programa Ampliado de Inmunizaciones

NOMBRE: Homero Manos Perez
ASEGURADA: Vinculado
FECHA DE NACIMIENTO:
MUNICIPIO: Soacha
BARRIO: _____ TEL: _____
DIRECCION: _____

PLAN BASICO DE VACUNACION

VACUNA	EDAD	DOSIS	FECHA DE APLICACION	LABORATORIO Y No. DE LOTE	NOMBRE DEL VACUNADOR	FECHA PROXIMA CITA
B.C.G.	RECIÉN NACIDO	ÚNICA				
POLIO	RECIÉN NACIDO	ADICIONAL R.N.				
	2 MESES	1a. DOSIS				
	4 MESES	2a. DOSIS				
	6 MESES	3a. DOSIS				
	REFUERZOS	18 MESES				
		5 AÑOS				
	OTRAS DOSIS	ADICIONAL				
		ADICIONAL				
HEPATITIS B	RECIÉN NACIDO	ADICIONAL R.N.				
PENTAVALENTE (Hepatitis B, Haemophilus influezae tipo b, D.P.T.)	2 MESES	1a. DOSIS	13 junio/2007		Ivon	
	4 MESES	2a. DOSIS	15 Octubre/05		Cardia	
	6 MESES	3a. DOSIS	23 Abril/2006		Valentina	
SARAMPION	7 A 11 MESES	ÚNICA				
TRIPLE VIRAL	12 MESES	ÚNICA (1 AÑO)				
	5 AÑOS	REFUERZO				
	6 10 AÑOS	REFUERZO				
D.P.T. (Difteria, Tétanos, Tosferina)	18 MESES	REFUERZO				
	5 AÑOS	REFUERZO				
FIEBRE AMARILLA	12 MESES	ÚNICA	23 junio 2005		Ivon	
SARAMPION RUBEOLA	10 A 49 AÑOS	ÚNICA				
TOXOIDE TETANICO / DIFTERICO	10 A 49 AÑOS	1a. DOSIS				
		2a. DOSIS				
		3a. DOSIS				
		4a. DOSIS				
		5a. DOSIS				

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

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Homero
Apellidos	Llanos Paez
Documento de Identidad:	CC [X] TI [ ] PASAPORTE [ ] No. 79534745
Fecha de Nacimiento:	Día: 18 Mes: 08 Año: 1970

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
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Homero
Apellidos:	Llanos Perez
Documento de identidad:	C.C. X T.I. Pasaporte No. 79 534745
Fecha de Nacimiento:	Día Mes Año

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	12/		X	
	12/		10	
	12/		10 años	
Contra Influenza	14-08-16	U437AA	1 año	Nancy
	17-08-17	U090513	1 año	Adriana
	10-02-16	02419809C	1 año	Sandra ?
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	31 Mayo 13	02414009C	H. Pablo VI
	2	22-04-2014	M0003473	H. PABLO VI
	3	11-04-2014	M 2004 M 3065	H. PABLO VI
	4	14-05-2014	M. 2002 M 3065	H. PABLO VI
	5	18-07-2014	A170187M-224	H. PABLO VI
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

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

Sistema de Informacion SIDCRUE - Recuperación de Contraseña





DIRECCION DE URGENCIAS...

para mí

Anteayer Ver detalles

Cordial saludo:
HOMERO II LLANOS PEREZEl Sistema de Información de la Dirección de Urgencias y Emergencias de Salud - SIDCRUE- de la Secretaria Distrital de Salud le informa que se ha recuperado la contraseña de acceso de:

usuario:79534745
contraseña: 79534745

Recuerde que se hace necesario que actualice su contraseña, el sistema le solicitará cambiarla cada 30 días a partir del ultimo cambio.
Este es un mensaje informativo, por favor no responder el mismo.
Gracias

La Secretaria Distrital de Salud, el Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá
Y el Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático – IDIGER

HACEN CONSTAR QUE:

HOMERO LLANOS PEREZ

CC 79.534.745

Tomo el curso virtual gratuito
Primer Respondientes, ¡ Gente que ayuda!

13 de Noviembre de 2018

SB 2018838433915

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

CUERPO OFICIAL DE BOMBEROS DE BOGOTÁ

IDIGER
Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

CENTRO VOCACIONAL DE SALUD

Autorizado por la Secretaria de Educación de Bogotá D.C.
Según resolución No. 4499 de 11 de Junio de 1997
Acuerdo No. 06 de Julio de 1994 del Ministerio de Salud
NIT.: 800173938-7

HACE CONSTAR QUE

Homero Llanos Pérez

C.C. No. 79.534.745 de Bogotá

ASISTIO AL CURSO

PRIMEROS AUXILIOS

INTENSIDAD HORARIA DE 40 HORAS

DADO EN BOGOTA A LOS 26 DIAS DEL MES DE ENERO DE 2018

LIC. BLANCA INES SANCHEZ
DIRECTORA PROGRAMA ENFERMERIA

DR. EULICES ORTIZ RODRIGUEZ
MEDICO PONENTE

DR. HECTOR ARTURO ZABALA MORA
MEDICO PONENTE

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 79534745



NOMBRE
HOMERO II LLANOS PEREZ

FECHA DE NACIMIENTO
18-08-1970

SANGRE-RH
A+

FECHA DE EXPEDICION
15-01-2018

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR
SDM - BOGOTA D.C.

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	10-01-2022	PARTICULAR
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	15-01-2028	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	15-01-2021	PUBLICO



VALID 116193 6017

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC06000681642

simit

Sistema Integrado de información sobre multas y sanciones por infracciones de tránsito

- Consultas
- Home
- Iniciar Sesión
- Ayuda

FEDERACIÓN COLOMBIANA DE MUNICIPIOS

Consulta / **Estado de Cuenta En Linea**

Federación Colombiana De Municipios - Simit

Estado de Cuenta sobre las Multas y Sanciones por Infracciones de Tránsito.

El (la) señor(a) identificado(a) con Cedula No. **79534745 (SIETE NUEVE CINCO TRES CUATRO SIETE CUATRO CINCO),** no posee a la fecha pendientes de pago registrados en Simit por concepto de Multas y Sanciones por Infracciones de Tránsito, en los Organismos de Tránsito conectados al sistema.

Expedición: 09 de Noviembre de 2018 a las 11:07

Nota: Este documento es válido durante la fecha de expedición

anterior

Usuario:
Secretaría:
Perfil:

No. de Visitantes

01647589

* La información contenida en el sistema es generada y reportada por los organismos de tránsit

Navegadores soportados: Microsoft Internet Explorer 7.0 , Firefox 3.6 o superiores y configuración de pantalla de 800x600 pixeles

Federación Colombiana de Municipios

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **HOMERO II LLANOS PEREZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **79534745,** se encuentra afiliado (a) desde **04/03/1996** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO NO COTIZANTE.*

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN				
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Traslado de Salida	10	CITI COLFONDOS	02/08/1994	Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en el RAI
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/12/2014	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 30 de agosto de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2018/08/30

Por medio de la presente hacemos constar que el señor HOMERO II LLANOS PEREZ
con Cédula de Ciudadanía número 79534745
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número	002300244809
Fecha Apertura	2017/04/20

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

Activación de su registro en SECOP

logo cce

Estimado (a) usuario (a)

Para completar el registro en SECOP II debe activar su cuenta.

Su nombre de usuario es: **homeroperez97**

Por favor siga el enlace:

https://community.secop.gov.co/Public/Users/ConfirmAccount/ConfirmAccount?ConfirmationGuid=4ca39924-4d95-4b4f-8b2a-6bec4985bcdb&CompanyCode=702730482&CompanyName=SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

(si no puede hacer clic en el enlace cópielo y péguelo en la barra de direcciones de su navegador web).

El enlace lo lleva a la página de ingreso al SECOP II en la cual debe ingresar su usuario y contraseña establecidos en el registro.

Una vez inicie su sesión usted podrá:

- Solicitar asociar su usuario a Entidad Estatal/Proveedor;
- Registrar un Proveedor;
- Buscar Procesos de Contratación;
- Configurar sus áreas de intereses y buscar oportunidades de negocio;
- Administrar su información personal;
- Consultar la ayuda en línea y los manuales del SECOP II.

mail **Mesa de Servicio**, Lunes a Viernes 7:00 a.m. - 7:00 p.m. Sábado 8:00 a.m. - 12:00 p.m. Línea Nacional 018000-52-0808 / En Bogotá 745-6788 www.colombiacompra.gov.co/soporte

El recibo de este correo electrónico no lo exime de la responsabilidad de revisar la información del SECOP.

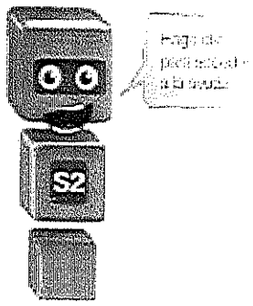
logo secop

Si no desea recibir este tipo de correos electrónicos debe cambiar su configuración en el SECOP.

Consulte los Términos y Condiciones de Uso del SECOP.

Derechos reservados. SECOP 2018

mail Por favor, antes de imprimir este correo electrónico verifique si realmente es necesario.



Sugerencias SECOP

Colombia Compra Eficiente no tiene programados a la fecha mantenimientos preventivos al **SECOP II.**



Registro

Opciones de registro en SECOP II

Para registrar una Entidad Estatal comuníquese con la Mesa de Servicio del SECOP.

para comenzar a trabajar con la plataforma SECOP por favor, díganos donde trabaja.

Opciones de registro

- Solicitud de registro como usuario de una Entidad Estatal / Proveedor (envío de solicitud)
- Registro de un Proveedor (creación)

Comenzar >>

Colombia Compra Eficiente

UTC -5 11:15:03
homero llanos perez

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

Escritorio

Id de página:: 14001307 Ayuda

OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

Última Actualización

Sugerencias SECOP

Haga clic para acceder a la ayuda

Colombia Compra Eficiente no tiene programados a la fecha mantenimientos preventivos al **SECOP II.**

Programe sus actividades en la plataforma con tiempo.

MESA DE SERVICIO | Línea en Bogotá (745 7464) Línea Nacional (Marcación gratuita) | Soporte Técnico | Chat en línea | PQRSD

El Servicio de proveedor ya se encuentra disponible.
Haga clic aquí para activarlo. Después de la activación la disponibilidad del servicio podrá tardar hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.

Mensaje Todos

Sin mensajes...
Más información .

Oportun Recibidas

Sin oportunidades
Más información .

Colombia Compra Eficiente

LISTA DE CONTRATOS DEL PROVEEDOR CON EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

Diligencie este formato, guárdelo en formato PDF y cárguelo al SECOP II siguiendo los pasos explicados en el "Manual de Proveedores para el uso del SECOP II".

Código del clasificador de bienes y servicios de las Naciones Unidas	Objeto del contrato	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Valor	Contratista (singular o plural)	Contratante (sector público o privado)	Datos de contacto del área de la Entidad Estatal encargada del supervisión del contrato
h	CONDUCTOR	28-04-2016	27-06 2016	791 000	SINGULAR	PRIVADO	AMBULANCIAS Y SERVICIOS MEDICOS 2359377

Colombia Compra Eficiente

CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

Homero II Llanos Pérez, identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligadoa llevar libros de contabilidadde acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días [día] del mes de [mes] de [año] 13 11 2018

Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre: Homero II Llanos Pérez

Documento de Identidad: 79.534.745

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

* 0 6 1 9 9 6 4 7 1 *

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código
A. Afiliación [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [ ]	(a registrar por la EPS)
B. Reporte de Novedades [ ]	• Beneficiario o afiliado adicional	B. Subsidiado [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [X]	
	B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]		C. Beneficiario [ ]	C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
ANOS	PEREZ	HOMERO	11

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	79534745	Femenino [ ] Masculino [X]	D 8 M 0 8 A 1 9 7 0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			SURA	COLPENSIONES

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
781.242	CLE 29 F Nº 6C 38 ESTE		3108856265

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona: Urbana [X] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento
homerollanos2@hotmail.com	SOACHA		3	CUNDINAMARCA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
ROMERO	GUTIERREZ	NANCY	CAROLINA

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CC	39626259	Femenino [X] Masculino [ ]	D 2 0 M 0 6 A 1 9 7 6

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1	ROMERO	GUTIERREZ	NANCY	CAROLINA
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino / Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1				D D M M A A A A		
B2				D D M M A A A A		
B3				D D M M A A A A		
B4				D D M M A A A A		
B5				D D M M A A A A		

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
HOMERO LLANOS PEREZ	CC	79534745	

39. Ubicación: C	Dirección: CLE 29 F Nº 6C 38 ESTE	Teléfono: 3108856265	Correo electrónico: homerollanos2@hotmail.com	Municipio / Distrito: SOACHA	Departamento: CUNDINAMARCA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de 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 las 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 del documento de identidad	Sexo: Femenino / Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D M M A A A A

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 o 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 vigentes 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 al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Ofi...

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	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. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración escrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	VERIFICACIÓN ESTUDIOS Y EXPERIENCIA	TH-FT-05 V1

DEPENDENCIA O AREA	APH		
NOMBRE COMPLETO	HOMERO II LLANOS PEREZ	CEDULA	79.534.745
CARGO	CONDUCTOR		

ESTUDIOS Y/O CURSOS		EXPERIENCIA	
BACHILLER	INSTITUTO ANGLO FRANCÉS	ENTIDAD	AMBULANCIAS Y SERVICIOS MEDICOS S.A
ASISTENCIAL		ENTIDAD	AMBULANCIAS
TECNICO		ENTIDAD	GESTIÓN Y CALIDAD EFICIENTE CTA
UNIVERSITARIO		ENTIDAD	
ESPECIALIZADO		ENTIDAD	
ESPECIALIZADO		ENTIDAD	

VERIFICACION DE ESTUDIOS Y/O CURSOS

DOCUMENTO	ENTIDAD EDUCATIVA Y TITULO	FECHA DE GRADUACION			FECHA DE VERIFICACION			CUMPLE	
		DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	SI	NO
DIPLOMA	INSTITUTO ANGLO FRANCÉS	29	5	1992	19	11	2018	X	
DIPLOMA									
DIPLOMA									
DIPLOMA									
DIPLOMA									
DIPLOMA									

VERIFICACION DE EXPERIENCIA LABORAL

EMPRESA O ENTIDAD	TIEMPO CERTIFICADO			FECHA DE CONFIRMACION			NOMBRES Y APELLIDOS DE QUIEN CONFIRMA	CARGO
	AÑOS	MESES	DIAS	DIA	MES	AÑO		
AMBULANCIAS Y SERVICIOS MEDICOS S.A		1	26	19	11	2018	CLEMENCIA MAHECHA CARDENAS	GERENTE
AMBULANCIAS		3	30	19	11	2018	DANNY HOYOS GONZALEZ	RRHH
GESTIÓN Y CALIDAD EFICIENTE CTA		7	9	19	11	2018	FRANCKLIN BERTEL MORA	CORDINADOR

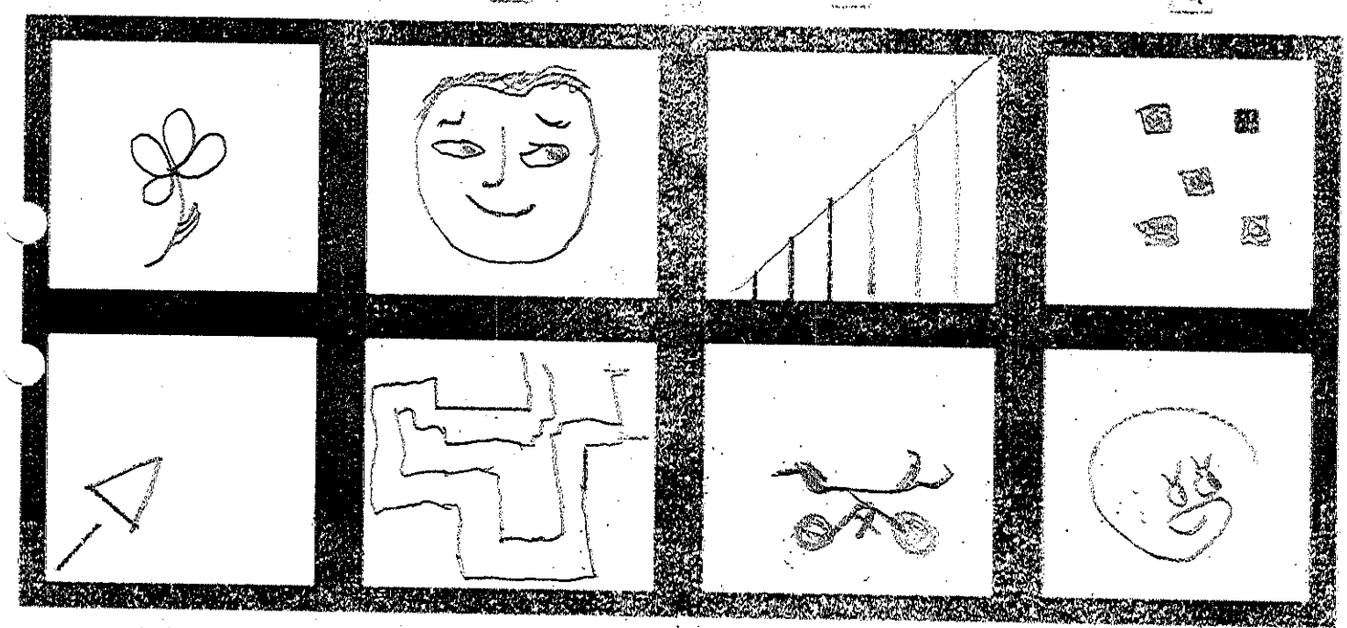
SERVACIONES:

FIRMA PROFESIONAL DE SELECCIÓN

2016-09-21

TEST WARTEGG

Nombre HOMERO LLANOS Fecha Nov. 7-18
Edad 48 Sexo M Grado De Escolaridad TECNICO
Profesión AUXILIAR ELECTRICISTA De Nacionalidad BOGOTA
→ conductor



TITULOS DIBUJOS

1. ROSA
2. CARA
3. LOMA
4. 5 HUECOS
5. FLECHA
6. LABERINTO
7. BISICLETA
8. CARITA FELIZ

DIBUJO QUE MAS LE GUSTO CARITA FELIZ

DIBUJO QUE MENOS LE GUSTO LABERINTO

DIBUJO QUE LE PARECIO MAS FACIL CARA

DIBUJO QUE LE PARECIO MAS DIFICIL LABERINTO

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
ALCALDÍA MAYOR BOGOTÁ D.C.	VERIFICACION DE PRUEBAS Y ENTREVISTAS	TH-FT-22 V1

DEPENDENCIA O AREA APH **FECHA** 19 (DIA) 11 (MES) 2018 (AÑO)

NOMBRE COMPLETO HOMERO LLANOS PEREZ
CARGO U OBJETO CONDUCTOR
JEFE INMEDIATO REFERENTE SUBRED SUR

A. DEFINICIÓN DEL PERFIL

1	CUMPLIMIENTO DE PERFIL Observaciones: __ Cumple de manera suficiente y funcional con el perfil esperado para el proceso ocupacional. En cuanto a las pruebas por	40%	34
2	PRUEBAS PSICOTECNICAS Observaciones: Puede ser una persona con bajo reconocimiento de su propio yo con poco interes por afianzar sus relaciones sociales, proyecta sus objetivos a mediano y largo plazo, su nivel de energia es bueno, sin embargo presenta habilidades cognitivas y sociales	25%	17
3	ENTREVISTA PERSONAL Observaciones: Buena disposicion e interes por pertenecer a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.	35%	34
4	PRUEBA DE CONOCIMIENTOS DEL AREA Observaciones: _____	N/A	

TOTAL 8500%

B. PROTOCOLOS DE INICIO DE EJECUCIÓN

				SI	NO
5	INDUCCIÓN GENERAL Observaciones: _____	FECHA	DIA MES AÑO		
6	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DOCUMENTALES Observaciones: _____			X	
7	OBSERVACIONES GENERALES _____				
8	EXAMEN MEDICO DE INGRESO OBSERVACIONES			X	

C. OBSERVACIONES FINALES O ADICIONALES

PROFESIONAL ADMINISTRATIVO SELECCIÓN

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	CASOS POR COMPETENCIAS – NIVEL AUXILIAR	CO-OPS-FT-17 V1

NOMBRE: HOMERO LLANOS PEREZ CEDULA: 3108856265

CELULAR: 3108856265 PERFIL: CONDUCTOR/AUXILIAR FECHA: NOV. 07-18

Valoración por selección múltiple.

En una Unidad de Servicios de Salud (antiguo Hospital), que se encuentra alejada geográficamente de la sede administrativa, se prestan servicios de atención asistencial en salud con enfermería, medicina, odontología, vacunación, atención de urgencias, hospitalización y partos.
En la dinámica laboral de dicha unidad se realiza apertura de la puerta principal a las 7:00am, porque las agendas inician a esta hora, pero el servicio prestado por el personal asistencial inicia a las 7:30 y en ocasiones un poco más tarde ya que el alimentador se demora en salir del portal. Cuando el personal llega tarde el vigilante y/u orientador indican a la gente lo siguiente: "los profesionales se demoran ya que hay trancón... por favor esperen" esta información la entregan a los pacientes con el fin de reconocer las necesidades e inquietudes de los pacientes.
Toda queja o petición de los ciudadanos se recibe de forma verbal (los orientadores orientador y auxiliares de enfermería son las personas encargadas de recibirlas) y estos últimos se la comunican de la misma manera (verbalmente) a la jefe de centro y así se asegura su correcto seguimiento ya que la comunidad es muy pequeña y se conocen a las personas y en donde viven.
Teniendo en cuenta que la zona es de difícil acceso (percepción de la ciudadanía y de los colaboradores de esta unidad), no se cuenta con mecanismos de participación ciudadana. La solución de los problemas en salud siempre es dada por la jefe de centro.
Un día a la llegada de un nuevo funcionario, como es costumbre en la unidad, todos los colaboradores se reunieron en el área de cafetería, donde le hicieron la bienvenida y le presentaron al equipo de trabajo. En esta bienvenida, la jefe le dice al nuevo funcionario que por favor llegue a las 7:30 am todos los días y de esta forma la comunidad no se va poner brava ya que todos los funcionarios llegan tarde a laborar.
Como la unidad está ubicada en una zona donde todos los habitantes se conocen, en ocasiones la jefe de centro reúne a su equipo de trabajo y les comenta los seguimientos en salud a pacientes indicando los diagnósticos, nombres de paciente entre otros y así asegura ella una atención integral. A estas reuniones la jefe invita a un miembro de la comunidad que ha hecho cursos en salud y que trabajó hace 07 años como gestor comunitario en esa unidad (el conoce como llegar a los pacientes y darles la información).
En uno de los cursos dados por la comunidad LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, intersexuales) todos los colaboradores atienden a todas las personas de manera igualitaria. Se atiende a niños, adultos y ancianos con todo el respeto. Se ha establecido una dinámica que todos los pacientes roten por todos los servicios ya si aseguran un cumplimiento de objetivos organizacionales.

PREGUNTAS DE SELECCIÓN MULTIPLE. ORIENTACIÓN AL

CIUDADANO:

1. Según el caso presentado se ha argumentado que se estableció un canal de comunicación verbal de las necesidades de los pacientes ya que la comunidad donde se encuentra la unidad de salud es muy pequeña y todos se conocen. De esta forma de gestión de solicitudes usted considera:
   a. Como la comunidad es muy pequeña, es correcto realizar la solución de quejas y peticiones de forma verbal
   b. Los orientadores y auxiliares de salud dan de manera completa la información de quejas y peticiones de la comunidad.
   c. Aunque se ha utilizado por mucho tiempo el voz a voz como medio solución de quejas y reclamos, No es un mecanismo que permita realizar un adecuado seguimiento a las mismas.
   d. Cuando se recibe las quejas y peticiones de forma verbal se asegura que la población tenga mejores condiciones de salud.

2. Debido a que esta unidad en salud (antiguo Hospital), según el parecer de pacientes y colaboradores está muy lejos de la sede administrativa, es de tener en cuenta frente a la participación comunitaria:
   a. La soluciones que dan la jefe a los problemas de la comunidad permiten que se disminuyan los reclamos de los pacientes frente al servicio
   b. El escuchar a los pacientes y ciudadanos asegura la participación comunitaria
   c. El papel del orientador y auxiliares de enfermería al recibir las quejas es el único mecanismo valido de participación comunitaria
   d. No se cuenta con espacios de participación comunitaria que permitan la solución (gestión) positiva de las necesidades y requerimiento de la población