



Buscar por proceso Menú ▼

Buscar...

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión

Felicitaciones WILDER FERNANDO BELLO GOMEZ

WILDER FERNANDO BELLO GOMEZ con el Número de documento 1015408752 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >

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

JOTA

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: 13-sep-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
BELLO	GOMEZ	WILDER FERNANDO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1015408752

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 1015408752 D.M infanteria

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 2 MES DIC AÑO 1988

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: calle 128 # 92-13

PAÍS ~~Colombia~~ DEPTO ~~Bogotá D.C.~~

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3217439433

EMAIL wilderbello01@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 academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES JULIO AÑO 2006

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES	TEMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	4	X		TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	7	2017	1015408752

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: 13-sep-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionciudadanaejc@ejercitomil.co	
TELÉFONOS: 2216336	*FECHA DE INGRESO*: DIA 5 MES 12 AÑO 2006	*FECHA DE RETIRO*: DIA 3 MES 10 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO: suboficial DIPER	*DEPENDENCIA*: BATALLON DE COMBATE TERRESTRE	*DIRECCIÓN*: CARRERA 54 26-25	

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	6	9
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	9

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X 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).

Bogota 13 de septiembre 2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

W. Wel Fernando Bello

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 13-sep-2018

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO 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: 13-sep-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, WILDER FERNANDO BELLO GOMEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1015408752 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección calle 128 # 92-13 **Teléfonos** 3217439433 3217439433

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
KAREN SOFIA BELLO MENDEZ	1141118326	HIJO(A)

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
BANCOLOMBIA	AHORROS	67085647269	FONTIBON	$ 5.000,00

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

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

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: 13-sep-2018

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

Wilder Fernando Bello

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-sep-2018

CIUDAD Y FECHA

La República De Colombia

El Ministerio de Educación Nacional y en su nombre el

INSTITUTO INTEGRADO DE SUBA

Según Resolución Nº 4666 del 20 de Octubre 2.004 expedida por la S. E. D.

Confiere a:

WILDER FERNANDO BELLO GOMEZ

Identificado (a) T.I. 881202-52903

EL TITULO DE:

BACHILLER ACADÉMICO

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel
De Educación Media de acuerdo a la Ley 115 y al Decreto 3011

Rector(a)

Secretario(a)

Anotado en el acta Nº 05 del libro de registro Nº 01 del INSTITUTO INTEGRADO DE SUBA
No se requiere registro según el decreto 921 del 6 de Mayo de 1.994
Del Ministerio de Educación Nacional
Dado en Bogotá D.C., a los 15 días del mes de Julio del 2.006

INSCRIPCION S.E.D. Nº 4666
REGISTRÓ ICFES 118331

Acta de Grado Nº 05 Libro 1
INSTITUTO INTEGRADO DE SUBA

En la ciudad de Bogotá D.C., a los 15 días del mes de Julio de 2006, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría del **INSTITUTO INTEGRADO DE SUBA**. Institución aprobada en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la secretaria de Educación Distrital, para otorgar el título de **BACHILLER**, en la **MODALIDAD ACADÉMICA**; según **RESOLUCIÓN Nº 4666 DEL 20 DE OCTUBRE DE 2004**.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los educandos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el título de:

BACHILLER ACADÉMICO

Al graduando cuyo apellido, nombre y número de documento de identidad aparecen a continuación:

WILDER FERNANDO BELLO GOMEZ

Identificado (a) T.I. 881202-52903

Es fiel copia del acta general Nº 005 Libro 1 de fecha 15 de Julio de 2.006, conformada por **TREINTA Y CINCO (35)** estudiantes comenzando con el apellido y nombre: **AGUIRRE FRANCO LUIS EDUARDO** y cerrando con el apellido y nombre de: **TOVAR DIAZ DELIA PATRICIA.**

Firmado y sellado por:

DORIS SUAREZ MORA
CC. 51.673.497 de Bogotá
Rectora.

JAZMIN LEGUIZAMON SUAREZ
CC. 53.064.785 de Bogotá
Secretaria.

Dado en Bogotá, D.C., a los 15 días del mes de Julio de 2.006

REPUBLICA DE COLOMBIA

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

CENCAdent

Acuerdos Ejecutivos No. 139 Mayo de 2.009 y No. 221 Julio de 2.009 del Ministerio de la Protección Social
Resolución No. 13-0001 04 Enero de 2.010 Secretaria de Educación Distrital

CERTIFICA:

Bello Gómez Wilder Fernando

Con C.C. No. 1.015.408.752 de Bogotá D.C.

Por cuanto ha cursado los estudios con la intensidad reglamentaria 1.800 horas, realizado los trabajos prácticos y presentado los exámenes de rigor, conforme a las disposiciones LEGALES VIGENTES, esta Institución le otorga el

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL
POR COMPETENCIAS LABORALES

Técnico Laboral en Auxiliar en Enfermería

DIRECTOR GENERAL

Coordinador Académico

Secretaria

Anotado al Folio 41 del Libro de Calificaciones del Plantel No. 2

8 de Julio de / 2.017

ACTA DE CERTIFICACION

"La Suscrita Directora General del Centro de Formación en Auxiliares de Enfermería y Mecánica Dental – "CENCADENT", Institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano, que basa su formación en el Decreto 0114 de 1996, Aprobado por el Ministerio de Salud según Acuerdos Ejecutivos Nos. 003 de 1.993, 007 de 1.994 y 023 de 1.997; y Autorizado Oficialmente por la Secretaria de Educación Distrital según Resoluciones Nos. 6182 de 1.996 y 7189 de 1.998. Actualización por Competencias Laborales: Acuerdos Ejecutivos Nos. 139 y Mod. 221 de 2.009, 011 de 2010 Expedido por el Ministerio de la Protección Social; Ministerio de Educación Nacional Mediante la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud según Resoluciones Nos. 13-0001 del 04 de Enero y 13-0097 del 02 de Agosto del 2010 otorgado por la Secretaria de Educación de Bogotá Distrito Capital. Registrada en la Cámara de Comercio de Bogotá D.C. con NIT. 33135063-4

HACE SABER

Que en la ciudad de Bogotá, D.C., en la Sede principal de la Escuela., el día 8 de Julio de 2017 se realizó la ceremonia de **CERTIFICACIÓN** del respectivo período académico, presidida por las Directivas de la Institución, quien de acuerdo a lo normado en el reglamento interno del establecimiento, confirió el certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias Laborales que acredita a **BELLO GOMEZ WILDER FERNANDO** identificada con C.C 1.015.408.752 de BOGOTA D.C, como **TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN ENFERMERIA.**

Se expide el presente a los 08 días de Julio de 2017, teniendo como testigos a autoridades de la Institución, para que sus firmas formen parte integral del certificado mencionado, y que así éste sirva para los fines que el egresado estime convenientes

Atentamente:

DIRECCION GENERAL

DRA. NORIS DEL C. HERAZO CUETO
Directora General

Secretaria General

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

CENCADENT

Acuerdos Ejecutivos No. 139 Mayo de 2.009 y No. 221 Julio de 2.009 del Ministerio de la Proteccion Social
Resolucion No. 13-0001 04 Enero de 2.010 Secretaria de Educacion Distrital

CERTIFICA

Wilder Fernando Bello Gómez

Con C.C.No. 1.015.408.752 de Bogotá D.C.

Participo y aprobó el ***CURSO*** *en*

LABORATORIO CLÍNICO

PARA AUXILIARES EN ENFERMERÍA

Con una Intensidad de 40 horas Teórico Practicas

BOGOTA D.C. 03 DE ABRIL DE 2017

DIRECTORA GENERAL

INSTRUCTOR

SLC

Escuela de Entrenamiento, Capacitación y Formación Educativa
Educación Para el Trabajo y Desarrollo Humano
Registro NIT No. 80472621-1

Certifica que

WILDER FERNANDO BELLO GOMEZ

Aprobó al Curso Taller de

ATENCIÓN VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Intensidad horaria de (40) horas
VALIDEZ DOS (1)AÑO

Bogotá – Colombia, 17 DE ABRIL DE 2018

ATENCIÓN VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

SLC Escuela de Entrenamiento

Fabio Leonardo Peñuela Buitrago
Director Grupo de Entrenamiento y Capacitación de Urgencias y Emergencias

ATENCION VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL
SLC Escuela de Entrenamiento

Resolución Dec. 4904 de 2012 de MEN
Rasolución Dec. 2888 de 2012 de SED

SLC SALUD
Escuela de Entrenamiento, Capacitación y Formación Educativa en Urgencias y Emergencias

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
Formato: orización Consulta ulos Académicos	Código EGT-FT-656	Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano	Página: 1 de 1 Versión: 02 Fecha: 2016-05-06

olá, D.C

iores

CENCADENT

RE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Wilder Fernando Bello Gomez, en consideración
le el artículo 15 de la Constitución Política establece que "*todas las personas tienen echo a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe olarlos y hacerlos respetar*" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo a la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de os personales, en cuanto al principio de libertad "*el tratamiento sólo puede ejercerse el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no rán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato al o judicial que releve el consentimiento...*"

igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos sonales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi sentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED EGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE – UNIDAD CENTRO ENTE**, sobre la idoneidad de mi título académico como:

Auxiliar de enfermería
(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

dialmente,

ia: Wilder Bello

de documento: 1015408752

eta profesional No.: 1015 408 752

cción de contacto: CALLE 128 #92 A 13

fono: 3903130

al 34 5-43
Postal 110311174
s: 3446484
3677644-5
[illegible]

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
Hospital Centro Oriente - Subred Centro Oriente E.S.E.

GOBIERNO MEJOR PARA TODOS

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

EL SUSCRITO OFICIAL SECCIÓN ATENCIÓN AL USUARIO DIPER

H A C E C O N S T A R

Que el señor(a) SUBOFICIAL CS BELLO GOMEZ WILDER FERNANDO con CC 1015408752, con código militar 881202529, laboró en BATALLÓN DE COMBATE TERRESTRE No. 131 OPERACIÓN ALCATRAZ le figura la siguiente informacion.

Fecha Corte: 16-07-2015

NOVEDAD		DISPOSICION			FECHAS		TOTAL
					DE	HASTA	AA-MM-DD
SERVICIO MILITAR DIPER	EJC	DIRPERM	234	27-09-2006	05-12-2006	02-09-2007	00 08 27
ALUMNO SUBOFICIAL DIPER	EJC	ORDSEMUNI	037	14-09-2007	03-09-2007	28-02-2009	01 05 25
SUBOFICIAL DIPER		OAP-EJC	1103	21-02-2009	01-03-2009	03-10-2013	04 07 02
Total tiempos en EJÉRCITO NACIONAL							6 09 24

Se retiró por SOLICITUD PROPIA acuerdo disposicion de retiro RES-EJC 2230 de 11-SEP-13. Los datos aqui contenidos son los registrados en su historia laboral, para reconocimientos prestacionales deben ser avalados por la Dirección de Prestaciones Sociales, de acuerdo a las normas legales vigentes. Para efectos de asignación de retiro o pensión en el caso de tener tiempo de Alumno se liquidará sin sobrepasar 2 años.

Se expide en a los 16 dias del mes de Julio de 2015. VIGENCIA POR 30 DIAS

TC. JUAN CARLOS MOJICA VEGA
Oficial Atención al Usuario EJC

TC. JUAN CARLOS MOJICA VEGA
OFICIAL SECCIÓN ATENCIÓN AL USUARIO DIPER

Elaboró Sp Jose Alfredo Bautista Combita
Ejc_Alejoseb14 20151607 10:07:49

Revisó

Nro Control 216171

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.015.408.752

BELLO GOMEZ
APELLIDOS

WILDER FERNANDO
NOMBRES

Wilder Bello.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1988
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

04-DIC-2006 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500112-47156663-M-1015408752-20070201 02170 07032N 02 227774094

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14482368615

(415)7707212489984(8020) 000001448236861 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 5 4 0 8 7 5 2	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 0 1 5 4 0 8 7 5 2	2 0 0 6 1 2 0 4

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
BELLO	GOMEZ	WILDER	FERNANDO

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 128 92 A 13

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
wilderbello01@hotmail.com		3 5 0 2 8 2 4 6 3 5	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	
8 6 9 2	2 0 1 8 0 9 1 3					

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	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
53. Código:	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 3

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 15 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: BELLO GOMEZ WILDER FERNANDO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 13-09-2018 06:22:33PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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: 13/09/2018

CONTRIBUYENTE	C.C. 1015408752	WILDER FERNANDO BELLO GOMEZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 128 92 A 13 Teléfonos: 3502824635

Dirección electrónica: wilderbello01@hotmail.com Ciudad: Bogotá, D.C. Municipio: Bogotá DC

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

PERFIL TRIBUTARIO

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

Fecha inicio de Actividades: 12/09/2018 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:

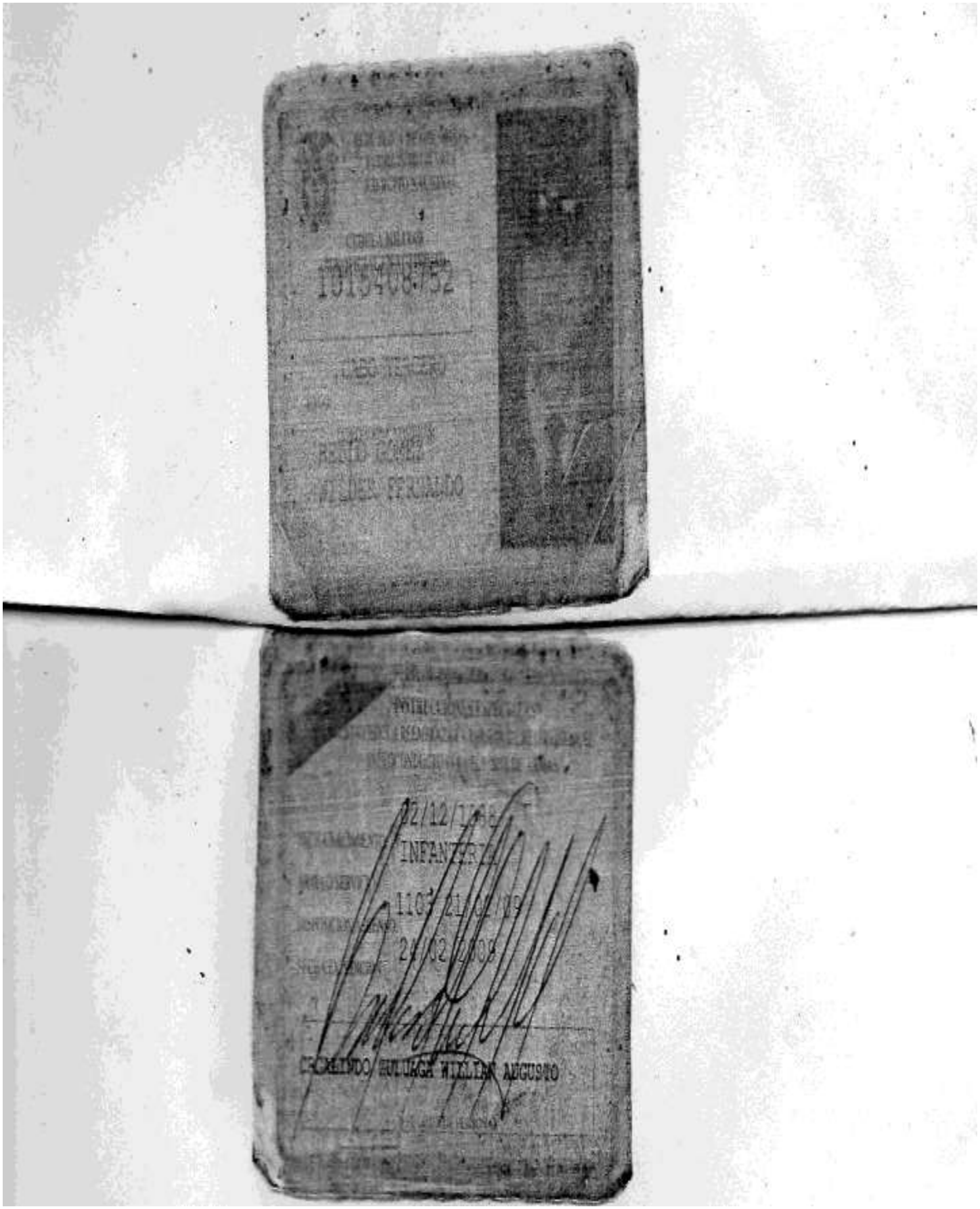
Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No **5184** *de* **17/04/2018**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional.

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) BELLO GOMEZ WILDER FERNANDO Identificado(a) con CC número 1015408752 expedida en BOGOTA D.C. solicitó ante esta Secretaria la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por CENTRO DE FORMACIÓN EN AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y MECÁNICA DENTAL CENCADENT el día 08/07/2017.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a BELLO GOMEZ WILDER FERNANDO identificado(a) con CC número 1015408752 expedida en BOGOTA D.C. para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) dentro de los primeros (5) cinco días hábiles del mes inmediatamente siguiente al de expedición de este Acto Administrativo.

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **17/04/2018**

Original Firmado Por
Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Bogotá, D.C 12/09/2018
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) wilder Fernando Bello
CC. # 1015408752
Firma wilder Bello

Reviso: Sebastián Quiroz L.
Elaboro: Victor Sánchez

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666

ISO 9001
Icontec

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1015408752

Primer Nombre *

wilder

Primer Apellido *

bello

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2018-09-12→4:11:35 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1015408752	WILDER	FERNANDO	BELLO	GOMEZ	Ver

Información Detallada [CC: 1015408752] WILDER FERNANDO BELLO GOMEZ

2018-09-12→4:11:35 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	AUXILIAR DE ENFERMERIA	2018/4/17	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

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.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Wilder Fernando

Apellidos: Bello Gomez

Documento de Identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No 1015408752

Fecha de Nacimiento: Día 02 Mes 12 Año 1988

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	11-03-2017	GOLT Secuden	
	2	13 SEP 2018	[illegible]	[illegible]
	3	13-10-18		
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	11-03-2017	[illegible]	[illegible]
	2	13 SEP 2018	[illegible]	[illegible]
	3	13-10-18		
	R			

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

GOMEZ ASOCIADOS
SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

Calle 95 N° 45 A-13 La Castellana
Tel: (1) 257 2811 - 257 2815
Fax: 616 5051 Bogotá, D.C.
www.gomezasociadossas.com

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad Bogoto Fecha 09/11/2018

Nombre Wilder Fernando Bello Gomez

Identificación 1015.408.752 Bogota

Fecha de nacimiento 02/12/1988 Edad 29

Cargo Auxiliar de enfermeria

Género MASCULINO ___ FEMENINO X

Empresa Unidad la victoria

Empresa usuaria ___

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO X PERIODICO ___ EGRESO ___ OTRO ___

CONCEPTO

EX. INGRESO APTO X APTO APLAZADO ___ APTO CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ___

EXAMEN PERIÓDICO SIN RESTRICCIONES ___ CON RESTRICCIONES ___

EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO ___ NO SATISFACTORIO ___

ESTADO INTEGRAL DE SALUD

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Examen Medico Satisfactorio

VISIOMETRÍA ___

AUDIOMETRÍA ___

ESPIROMETRÍA ___

EXAMENES PARACLÍNICOS ___

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES Higiene postural pausas activas Habitos de vida saludable y evitar el sedentarismo

Médico

Dr. Camilo Rey Pérez
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
R.M. 14858

Nombre, firma y sello del médico

Registro médico 44338

Licencia en S.O. 14858

Paciente

Wilder Bello Gómez

Firma del paciente

Nombre Wilder Bello

Cedula 1015408752

SLC

Escuela de Entrenamiento, Capacitación y Formación Educativa
Educación Para el Trabajo y Desarrollo Humano
Registro NIT No. 80472621-1

Certifica que

WILDER FERNANDO BELLO GOMEZ

Aprobó al Curso Taller de

REANIMACION BASIC LIFE SUPPORT (BLS)

Intensidad horaria de (40) horas
VALIDEZ DOS (2) AÑOS

Bogotá – Colombia, 17 DE ABRIL DE 2018

SVB/BLS
SLC Escuela de Entrenamiento

Fabio Leonardo Peñuela Buitrago
Director Grupo de Entrenamiento y Capacitación de
Urgencias y Emergencias

SVB / BLS
SLC Escuela de Entrenamiento

Resolución Dec. 4904 de 2012 de MEN
Resolución Dec. 2885 de 2012 de SED

SLC SALUD
Escuela de Entrenamiento, Capacitación y Formación Educativa
en Urgencias y Emergencias
Para Brigadas Sociales, Escolares y Empresariales

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

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

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

FECHA: 13-SEP-2018 CIUDAD: Bogota D.C 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 sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
		X			

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Bello	Gomez	wilder	Fernando

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C X C.E R.C NUIP PASAPORTE OTRO CUAL:	1015408752	Bogota D.C	2006-12-04

ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
02 Dc 1988	Bogota	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A) UNION LIBRE X VIUDO(A)	2	2	3210439433

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAESTRIA	POSGRADO	UNIVERSITARIO	DOCTORADO	PRIMARIA	TECNICO	TECNOLOGO	CUAL:	PROFESION / OFICIO
					X			Auxiliar de enfermeria

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
cll 128 H 92a 13	Bogota	cundinamarca	colombia	3903130

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
wilderbello09@hotmail.com		PROPIA	FAMILIAR X	ARRENDADA

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Mendez	Alvarado	Adriana	Marcela

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C X C.E R.C NUIP PASAPORTE OTRO CUAL:	52902413	Bogota	2000-02-06

ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X NO — NACIONALIDAD: Colombia

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO	CUAL:
INDEPENDIENTE	CONTRATISTA X	COMERCIANTE	EMPLEADO PUBLICO	
PROPIETARIO NEGOCIO (Mas del 10%)	EMPLEADO SOCIO		OTRA	

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	DECLARA RENTA		IVA		CODIGO CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI		SI	NO X	8692
	NO X		ICA		
			SI	NO X	PRINCIPAL X SECUNDARIA

GRAN CONTRIBUYENTE	AGENTE RETENEDOR	AGENTE AUTORRETENEDOR
SI NO X	SI / NO X	SI / NO X

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO COMERCIAL SERVICIOS SALUD — NIT: —

EXPORTACIONES AGRICOLA ENERGETICA FINANCIERA TRANSPORTE TECNOLOGIA ALIMENTOS MEDICAMENTOS

OTRA CUAL: —

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
—	—	—	—	—

CARGO ACTUAL	FECHA VINCULACION

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	[redacted]	GASTOS FAMILIARES	800.000	AHORROS	[redacted]	SALDO HIPOTECA	[redacted]
HONORARIOS	[redacted]	ARRIENDOS	[redacted]	INVERSIONES	[redacted]	TARJETAS DE CREDITO	[redacted]
ARRIENDOS	[redacted]	CUOTA VEHICULO	[redacted]	VEHICULOS	[redacted]	DEUDA VEHICULOS	[redacted]
COMISIONES	[redacted]	CUOTA VIVIENDA	[redacted]	PROPIEDADES	[redacted]	DEUDAS TERCEROS	[redacted]
OTROS INGRESOS*	[redacted]	OTROS EGRESOS*	[redacted]	OTROS ACTIVOS*	[redacted]	OTROS PASIVOS*	[redacted]
TOTAL INGRESOS	[redacted]	TOTAL EGRESOS	800.000	TOTAL ACTIVOS	[redacted]	TOTAL PASIVOS	[redacted]

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]

6. REFERENCIAS PERSONALES

Nombre de familiar y vínculo en el Clero o Colonia (No incluir las ubicadas en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Sanchez	Gomez	Lady	Yennifer
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
La Mesa Cundinamarca	cundinamarca	Prima	3192040861

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Bancolombia	Cuenta ahorros.	67085492 69	20 de Julio	3430000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL: [redacted]

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Auxiliar de enfermeria.

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 terceras entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me 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 mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos o información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

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 últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio (Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Union Tributaria 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 por [redacted] segun sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados (Autoavalúos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO – AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son exigidos 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 artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su aplicación no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente.

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, 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 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declara expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todas las fases 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 trámite de solicitud de vinculación como consumidor, 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 prevencion 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, análisis 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 satisfaccion 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 -Direccion de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Emidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transfendos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas 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, investigadoras, compañias de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevencion y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION 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 me 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 lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos 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 Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.

6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En ocasecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail surlaft@subredcentroriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude,*(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional o internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES"

IX. FIRMA Y HUELLA

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

wilder Bello

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Hi Familia Tel 3047006

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar eps salud

Fecha de Radicación: 19 09 2014

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Usuario: A. Afiliado [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [ ] B. Cónyuge o cabeza de familia [X] C. Beneficiario [ ] D. Otro [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cónyuge o Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): 57

II. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres: Bello Gomez Wilder Fernando
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1015408732
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 16 06 1988

B. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: [ ]
12. Discapacidad: Tipo [ ] Cuantos [ ]
13. Puntaje SISBEN:
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SURA
16. Administradora de pensiones: No vigente
17. Ingreso base de cotización - IBC:
18. Residencia: Cll 182 #92 A 13
3209031
3208246635
wilderbello06@hotmail.com
Bogotá
Zona Urbana [X] Rural [ ]
wilder.bello
Cundinamarca

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

19. Apellidos y nombres: 1015408732
20. Tipo de documento de identidad:
21. Número de documento de identidad:
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento:

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
01								
02								
03								
04								
05								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Orden Hijos	31. Discapacidad: Tipo	Cantidad	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo con indicativo	33. Valor de la UPC adicional (a registrar por la EPS)
01											
02											
03											
04											
05											

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)
01		
02		
03		

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

35. Nombre o razón social
36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación

III. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la Afiliación en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reafiliación 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. Retiro por fallecimiento [ ]
16. Reporte del informe de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la cartilla de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la cartilla de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Tipo de documento de identidad:
Número de documento de identidad:
Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
Fecha de nacimiento:
42. Fecha:
43. EPS anterior:
44. Motivo de traslado: Código [ ]
45. Tipo de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales [X]
47. Declaración de no ser obligatorio el afiliado al Régimen Contributivo, trabajar o ser Cotizante [ ]
48. Declaración de existencia de vínculos de hijastro (padre o madre hubiere sido incluido) de los documentos que acrediten el vínculo de beneficiario [ ]
49. Declaración de no inscripción del cotizante, cónyuge de hijastro, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y consulte datos o copia de la historia clínica del cotizante, o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales [X]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del cotizante, de sus beneficiarios a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran [X]
52. Autorización para que la EPS consulte sus bases personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información de correo electrónico y de celular como mecanismo de aviso [X]

VIII. FIRMAS

Wilder Fernando Bello Gomez
1015408732

IX. ANEXOS

19 SEP 2014
Cod 822 Hora 12:45:15
SUJETO A VERIFICACION

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **WILDER FERNANDO BELLO GOMEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,015,408,752**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Septiembre de 2018.

Gerente de Clientes

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	CÓDIGO: AP-IA-FT-024 VERSIÓN: 01 FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1015408752	Sura
Número de Documento	ARL

wilder	Fernando	Bello	Gomez
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

02-12-1988	Bogota D.C	calle 128#92A13	3903130
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Coompensar	Proteccion	$ 1'626.240
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar de enfermeria	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

wilderbello01@hotmail.com	3217439433
Correo Electrónico	Celular

wilder Bello	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C. 52284299

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 115013703

WEB
10:28:13

Bogotá DC, 06 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) WILDER FERNANDO BELLO GOMEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1015408752:

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 derivan 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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPUBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 06 de septiembre de 2018, a las 10:31:42, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1015408752
Código de Verificación	1015408752180906103141

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

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2427411

Bogotá D.C., 6 de Septiembre de 2018 - 10:25 am

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 Personeria de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL QUINCE MILLONES CUATROCIENTOS OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS**

1015408752

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: 9_X81E2_2510
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:24:44 horas del 06/09/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1015408752**

Apellidos y Nombres: **BELLO GOMEZ WILDER FERNANDO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

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

Referencia Bancaria

Martes, 11 de Septiembre de 2018

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que WILDER FERNANDO BELLO GOMEZ identificado(a) con CC 1015408752, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	67085647269	2017/11/29	CXC PENDIENTES

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos

Bancolombia