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

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

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

DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE		FECHA: 10-07-18.	NO FOLIOS:
NOMBRE DEL CANDIDATO:	JEFFREY BARRERO	DOCUMENTO:	1.109.418.149.
TELEFONO:	3133554555	ACTIVIDAD SOLICITADA	Auxiliar enfermería.

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO
(FIRMA DE LAS DOS PARTES).
TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FISICO

DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

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

DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II	SI [X]			
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI [X]			
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI [X]			
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI [X]	N/A [ ]		
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI [X]	N/A [ ]		
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI [ ]	NO [X]		
7	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI [ ]	N/A [ ]		
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI [X]	N/A [ ]		
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA	SI [X]	N/A [ ]		
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI [X]			
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIIU 8692 FECHA 16-02-2018.	SI [X]			
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI [X]			
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI [X]			
14	TARJETA PROFESIONAL	SI [X]	N/A [ ]		
15	RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRISTAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI [X]	N/A [ ]		
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI [X]	N/A [ ]		
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI [ ]	N/A [ ]		
18	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes/ 6 meses /1 año - 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI [X]	N/A [ ]		
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI [X]			
20	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI [ ]	N/A [X]		
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI [X]	N/A [ ]		
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI [ ]	N/A [X]		
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia – Camilleros)	SI [ ]	N/A [X]		
24	LICENCIA DE CONDUCCION (Conductores)	SI [ ]	N/A [X]		
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI [ ]	N/A [X]		
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado	SI [X]			
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: NUEVA EPS	SI [X]			
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: PORVENIR	SI [X]			
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: AXA COLPATRIA	SI [X]			
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI [X]			
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI [X]			
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI [X]			
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI [X]			
34	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)	SI [X]			

VERIFICACIONES REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V/BO Proceso Solicitante:		Fecha:	
V/BO Talento Humano:		Fecha:	
V/BO Contratación:		Fecha:	

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Datos del usuario guardados

Editar

Información del usuario



Género	Masculino
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Título	Sr.
Nombre completo	JEFFREY HERNAN BAQUERO CABRERA
Nombre y apellido	JEFFREY HERNAN BAQUERO CABRERA
Código del empleado	85101601
Tipo de documento	Cédula de ciudadanía
Número de identificación	1109418149
Fecha de emisión	22/07/2011 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Expedido por	planadas tolima
Fecha de expiración	
Dirección	carrera 102 # 69-81 casa 103
Código postal	
Estado	
Municipio	BOGOTA
País	COLOMBIA
Correo electrónico	jeffreybaquero1205@gmail.com
Teléfono	3133554555
Celular	3133554555
Número de fax	

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es su número de teléfono?
Respuesta	telefono
Celular	3133554555

Editar

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
BAQUERO	CABRERA	JEFFREY HERNÁN

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

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DÍA 12 MES 05 AÑO 1993

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: BOGOTA D.C

MUNICIPIO: BOGOTA D.C

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: Cra 102 Nº 69-81 CASA 103

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: BOGOTA D.C

MUNICIPIO: BOGOTA D.C

TELÉFONO: 3133554555 EMAIL: JEFFREY BAQUERO 1205@GMAIL.COM

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 5o. 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 ACADÉMICO.

FECHA DE GRADO 27-NOVIEMBRE-2010

MES 11 AÑO 2010

EDUCACIÓN 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 Tecnica.	4 Semestres	X		Tecnico laboral por competencias en AUXILIAR EN ENFERMERIA	07	2014	

ESPECIFIQUE 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
Hospital universitario de la Samaritana	Si		colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C	Bogotá. D.C	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4077075.	DÍA 26 MES 02 AÑO 2018	DÍA MES AÑO

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Enfermero Auxiliar		Carrera 8 # 0-29 Sur

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Clinica Materno infantil.		Si	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C	Bogotá D.C	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
7957155	DÍA 19 MES 05 AÑO 2016	DÍA 27 MES 03 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Auxiliar en enfermeria		Autopista norte # 93-95

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

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		4.
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	7	9
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	7	13.

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). Bogotá, julio 2018

Jeffray Baquero Bogotá D.C 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.

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

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

ENTIDAD RECEPTORA

DECLARACION JURAMENTADA
DE BIENES Y RENTAS

YO, Jeffrey Hernán Baquero Cabrera

IDENTIFICADO CON: C.C. [X] 1 C.E. [ ] 2 T.I. [ ] 3 N° 1.109.418.149 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Colombia	Departamento	Cundinamarca
Municipio	Bogotá.		
Dirección	Cra 102 N° 69-81 Casa 103	Teléfonos	313355 4555

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Lucero Cabrera Lugo	52 033 964	madre
Edgar Herrera Baquero	348 406	Padre

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	1'.000 000
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	-
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 1'.000 .000 -

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Davivienda	Ahorros	00 700074304 2	Davivienda	$ 0.

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1. BIENES Y RENTAS (continuación)

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

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

Jeffray Baquero.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogotá Febo 2018
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAF

4

La República de Colombia

El ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

Colegio Francocolombiano

Fundación Educativa Distrital

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D. C.

Según Resolución No. 2108 de 30 de junio de 2002

Confiere a:

Jeffrey Jerman Baquero Cabrera

Identificado con T.I. No. 930512 08712 de Bogotá D.C

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación media académica, según los planes y programas vigentes.

Nidia Melgath Caicedo C.
Rectora

Liliana Cadena Maya
Secretaria

Acta Original No. 27 de fecha 27 de Noviembre de 2010

Dada en Bogotá D. C. a los 27 días del mes de noviembre de 2010

No requiere registro de la secretaría de educación según decreto No. 921 del 06 de mayo de 1994 del Gobierno Nacional

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
SECRETARIA DE EDUCACION
COLEGIO DISTRITAL GRANCOLOMBIANO
Conformación Integración Resolución 2198 de julio 30 de 2002.
Adopción de nombre Resolución 3397 de 2002.
DANE: 111001146471 NIT. 830.115.384-9
CODIGO ICFES JORNADA MAÑANA 053926
CALLE 73F SUR N. 80 N BIS -40 BOSA LAURELES – TELEFONOS: 7196611-7192410

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO
JORNADA MAÑANA

En la ciudad de Bogotá D.C. a los 27 días del mes de Noviembre de 2010 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del último grado, las suscritas Rectora y Secretaria Académica en la Rectoría del COLEGIO DISTRITAL GRANCOLOMBIANO.

Institución aprobada en el Nivel de Educación Media y autorizada por la Secretaría de Educación para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad ACADEMICA Según Resolución No 2765 del 16 de Diciembre de 1.991

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

BACHILLER ACADEMICO

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

Jeffrey Hernán Baquero Cabrera

Identificado con T.I. No. 930512-08747 de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original No. 21 de fecha 27 de Noviembre de 2010 que consta de 323 estudiantes que comienza con el nombre de ACHIPIZ OSORIO YERLI VIVIANA y se cierra con el nombre de LEA MARULANDA SANDRA DANIELA. Firmado y sellado por NYDIA MARGOTH CAICEDO CUENCA (Rectora) y LILIANA CADENA OLAYA. (Secretaria).

Dada en Bogotá D.C. A los 27 días del mes de Noviembre de 2.010.

Firmado y Sellado

NYDIA MARGOTH CAICEDO CUENCA
C.C. 31.232.752 de Cali
Rectora

LILIANA CADENA O.
C.C. 30.351.659 La Dorada
Secretaria Académica

Complejo Educativo
CAMPOALTO

La República de Colombia
y en su nombre

La Institución de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Complejo Educativo

CAMPOALTO

Aprobación oficial según
Resolución No. 110203 del 21 de Julio de 2010 de la Secretaría de Educación Distrital
Resolución No. 030029 del 27 de Septiembre de 2010 de la Secretaría de Educación Distrital

Confiere a:

BAQUERO CABRERA JEFFREY HERNAN
1109418149

El certificado de aptitud ocupacional por haber culminado satisfactoriamente el programa

TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN: AUXILIAR EN ENFERMERIA

Intensidad Horaria: 1800 horas - 40 créditos académicos

En testimonio de ello firmamos y sellamos en Bogotá D.C., a los 04 días del mes de Julio de 2014

Director Académico

CAMPO ALTO
ACESALUD
COORDINACION
ACADEMICA

Director Administrativo

Coordinador del Programa

Diploma No. 14255 Anotado en el Libro de Registro de Títulos de CAMPOALTO No. 5 Folio 750 del 04 de 09 de 2014

5

Programas Técnicos Laborales
Inspiramos tu Futuro

ACTA DE CERTIFICACION

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y en su nombre

LA INSTITUCION DE FORMACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Complejo Educativo

CAMPOALTO

Aprobación oficial según:
Resolución Nº 110203 del 21 de Julio de 2010 de la Secretaria de Educación Distrital
Resolución Nº 030029 del 27 de Septiembre de 2010 de la Secretaria de Educación Distrital

Confiere a:

BAQUERO CABRERA JEFFREY HERNAN

1109418149

El Certificado de Aptitud Ocupacional por haber culminado satisfactoriamente el programa

TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Intensidad Horaria: 1800 horas – 40 créditos académicos

En Constancia de lo anterior se expide en la ciudad de Bogotá a los 04 días del mes de Julio de 2014.

DIRECTOR CAMPOALTO

SECRETARIO CAMPOALTO

Anotado en el Folio No. 150 del Libro No. 5 de registro 14235

Para ser valido debe tener sello de tinta, sello seco, el numero consecutivo y las firmas autorizadas.

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

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

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

Bogotá D.C

Señores:

Campo Alto.

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, JEFFREY HERNÁN BAQUERO CABRERA en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E sobre la idoneidad de mi título académico como:

TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN: AUXILIAR EN ENFERMERIA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma: Jeffrey Baquero

No. de documento: 1.109.418.149

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: Cra 102 Nº 69-81 Casa 103

Teléfono: 313 355 4555

esimed

NIT 800.215.908-8

ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)

NIT. 800.215.908-8

CERTIFICA:

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de Nómina KACTUS; el (la) Sr (a). **JEFFREY HERNAN BAQUERO CABRERA** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **1.109.418.149**, laboró en esta entidad desde el día **19 de mayo de 2016** al **27 de marzo de 2018** desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con contrato a término **INDEFINIDO**.

Para constancia, se expide la presente certificación al 11 de Abril de 2018.

La información de la presente certificación puede ser confirmada telefónicamente en nuestra línea 7957155 Ext 6519 - 6520.

Cordialmente,

LIZBETH JOHANNA CARDOZO R.
Subdirectora Nacional de Talento Humano

Elaboro: Adriana Salazar - Auxiliar de Nomina
CUNDINAMARCA

Coltempora S.A
Colombiana de Temporales S.A.

NIT : 800.142.612-9

CERTIFICAMOS

Que BAQUERO CABRERA JEFFREY HERNAN identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1109418149, Labora en misión mediante contrato a obra o labor desde 26 de Febrero de 2018.

Empresa : ESE HOSPITAL UNI."LA SAMARITANA"

Cargo : AUXILIAR EN SALUD

ASIGNACION BASICA MENSUAL : $1,066,884.oo.

SALARIO PROMEDIO MENSUAL PARA ESTE AÑO: 1,066,884.oo.

SON : UN MILLóN SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/Cte.

Se expide la presente a solicitud de el interesado a los 06 días del mes de Julio de 2018

Cordialmente,

COLTEMPORA S.A Personal

YOLANDA CONTRERAS HERRERA
Gerente de Recursos Humanos

10

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.109.418.149
BAQUERO CABRERA
APELLIDOS

JEFFREY HERNAN
NOMBRES

Jeffrey Baquero
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-MAY-1993
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-JUN-2011 PLANADAS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00671782-M-1109418149-20150223 0043203006A 3 1973206639

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14459884180

(415)7707212489984(8020) 000001445988418 0

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BAQUERO	CABRERA	JEFFREY	HERNAN

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
CR 102 69 81 CA 103

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
jeffreybaquero1205@gmail.com		3 1 3 3 5 5 4 5 5 5	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 4 0 6 1 3						

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:	2 0																									

20- Obtención NIT

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 X NO

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2 0 1 8 0 2 1 6

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Jeffrey Baquero.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre VALENCIA ZAPATA JOSE GILDARDO

985. Cargo: Gestor I

DOCUMENTO AUTENTICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 16-02-2018 10:29:09AM

12

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 04-07-2018
Hora: 10:25:08 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1109418149-0 JEFFREY HERNAN BAQUERO CABRERA

Información General

Dirección KR 102 69 81 CA 103

Teléfonos 3133554555

Dirección electrónica jeffreybaquero1205@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 04/07/2018

Soporte Inscripción 23440500

Fecha Inicio Actividades 13/06/2014

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18003003875

Fuente ICA TE TOCA

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

13

3152605

REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO 1109418149

APELLIDOS Y NOMBRES
BAQUERO CABRERA
JEFFREY HERNAN

PERTENECE AL EJERCITO DE

1ª LINEA 31 DIC	2ª LINEA 31 DIC	3ª LINEA 31 DIC
2023	2033	2043

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP. 25 ABR 2012



CDTE. DE DISTRITO

14


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN
JEFFREY HERNAN
PAQUERO CABRERA
C.C. 1109418149
AUXILIAR EN ENFERMERIA
Expedicion 08/09/2014

15

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 9019 *de* 22/08/2014

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) BAQUERO CABRERA JEFFREY HERNAN Identificado(a) con CC número 1109418149 expedida en PLANADAS solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por CAMPO ALTO ACESALUD. el día 04/07/2014.

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a BAQUERO CABRERA JEFFREY HERNAN identificado(a) con CC número 1109418149 expedida en PLANADAS para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 22/08/2014

ELSA GRACIELA MARTÍNEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.
Reviso : Esperanza Fraile G.
Elaboro : Victor Sánchez

Bogotá, D.C 08-Septiembre-2014
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Jeffrey Baquero
CC. # 1.109.418.149
Firma Jeffrey Hernan B.

15

Gobernación de CUNDINAMARCA

f/CundinamarcaGob t/CundinamarcaGob

RESOLUCIÓN No. 25-4946

07 DE OCTUBRE DE 2014

"Por la cual se inscribe un título en el área de la salud".

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS

En uso de sus facultades legales conferidas por la Resolución No. 8211 del 15 de julio de 1989 y Decreto 1875 de 1994 modificado por el Decreto 1352 de 2000 emanados del Ministerio de Salud, Resolución 5258 de 2011 expedida por la Secretaria Departamental de Salud y

CONSIDERANDO:

Que *BAQUERO CABRERA JEFFREY HERNAN*, identificado(a) con cedula de ciudadanía No.*1109418149* expedida en *PLANADAS TOLIMA*, ha solicitado Inscripción para ejercer como *TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA* en el Departamento de Cundinamarca; de acuerdo a título que le otorgó *EL COMPLEJO EDUCATIVO CAMPOALTO EN BOGOTA DC según ACTA DE CERTIFICACION DE FECHA 04 DE JULIO DE 2014.*

Que *BAQUERO CABRERA JEFFREY HERNAN*, se encuentra autorizado(a) para ejercer la profesión como *AUXILIAR EN ENFERMERIA* en el Territorio Nacional, mediante Resolución *No. 9019 DE FECHA 22 DE AGOSTO DE 2014, EXPEDIDA POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA DC.*

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Inscríbase a *BAQUERO CABRERA JEFFREY HERNAN*, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. *1109418149 expedida en PLANADAS TOLIMA*, para ejercer la profesión como *TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERIA* en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a ***07 DE OCTUBRE DE 2014***

LILIANA SOFIA CEPEDA AMARIS
Directora de Desarrollo de Servicios

Proyecto: Eliana Castellanos

BOGOTA D.C. 23/OCTUBRE-2014.
A la fecha fue notificado personalmente al SEÑOR(A) JEFFREY BAQUERO
CC No. 1109.418.149
FIRMA Jeffrey Hernán B.

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 * 1109418149

Primer Nombre * jeffrey

Primer Apellido * baquero

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1109418149	JEFFREY	HERNAN	BAQUERO	CABRERA	**Ver**

Información Detallada [CC: 1109418149] JEFFREY HERNAN BAQUERO CABRERA

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2014/8/22	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 en Salud (ReTHUS).

19

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional
COMUN

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000071596

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 04/07/2018 11:45:09

PREOCUPACIONAL O INGRESO [x] POS-OCUPACIONAL O EGRESO [ ] PERIÓDICO [ ]

NOMBRE Y APELLIDO: JEFFREY HERNAN BAQUERO CABRERA CC 1109418149

EDAD 25 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** ENFERMERO



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]	Exámenes de laboratorio	SI [ ] NO [x]
Visiometría	[ ]	Glic [ ] Col [ ] Trigli [ ] Otros [ ]	
Audiometría	[ ]	Cuales	
Espirometría	[ ]	Radiografías	

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

APTO PARA EL CARGO [x] MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO [ ] MOTIVO

OBSERVACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA EPS

USO DE EPP/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI [ ] NO [ ] Se sugiere reubicación laboral SI [ ] NO [ ]

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI [ ] NO [ ] Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Jeffrey Baquero.

FIRMA DEL PACIENTE

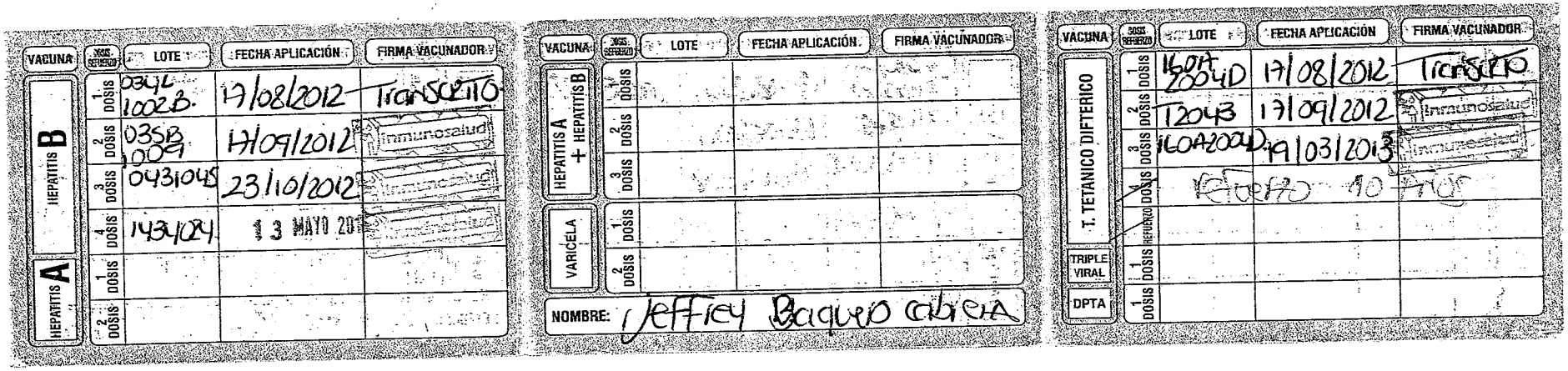


Captura Biometrica

Claudia Patricia Gonzalez S.
Medico Especialista
Geriatria y Salud Ocupacional
Res. 11409-2014 C.C. 52.503.629

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705



VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1 DOSIS	034L 1002B.	17/08/2012	TRANSCRITO
	2 DOSIS	035B 0029	14/09/2012	Inmunosalud
	3 DOSIS	043104S	23/10/2012	Inmunosalud
	4 DOSIS	143104	13 MAYO 201	Inmunosalud
HEPATITIS A	1 DOSIS			
	2 DOSIS			

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1 DOSIS			
	2 DOSIS			
	3 DOSIS			
VARICELA	1 DOSIS			
	2 DOSIS			

NOMBRE: Jeffrey Baquero Garcia

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
T. TETANICO DIFTERICO	1 DOSIS	16OA 2004D	17/08/2012	TRANSCRITO
	2 DOSIS	T2043	17/09/2012	Inmunosalud
	3 DOSIS	16OA2004D	19/03/2013	Inmunosalud
	1 REFUERZO	REFUERZO	10 AÑOS	
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS			
DPTA	1 DOSIS			

PREDESALUD®

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Debidamente autorizado por la Secretaria de Educacion del Distrito Capital segun Resolucion No. 12-0460 del 06 de noviembre de 2012

Certifica que

BAQUERO CABRERA JEFFREY HERNAN

Identificado con C.C. No. 1.109.418.149 de Planadas

Asistió al curso de **SOPORTE VITAL BASICO**

Con una intensidad horaria de 20 horas

En Bogotá a los 12 días del mes de Agosto de 2017

DR. FELIX MOLANO
Instructor-Asesor

SANDRA MENDOZA
Sub-directora Pedagógica

(A)

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

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

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

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

FECHA: 10-07-18 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca.

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 3.2.2.2.2.1, 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 A LA EMPRESA (MARCA CON X)

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BAQUERO	CABRERA	JEFFREY	HERNÁN

TIPO DE IDENTIFICACION					NO. IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (D/M/A)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	PASAPORTE ☐	1.109.418.149	Planadas Tolima	22-Junio-2011
OTRO ☐					ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐		

FECHA NACIMIENTO	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD
12-05-1993	Bogotá DC	Colombia	Colombia

ESTADO CIVIL					PERSONAS A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	VIUDO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	2	0	3133554555

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER	POSGRADO	UNIVERSITARIO	TECNOLOGO	BACHILLER	OTRO	PRIMARIA	TECNICO	CUAL:	PROFESION OFICIO
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☒	Técnico Auxiliar en enfermería	enfermero Auxiliar

DIRECCION RESIDENCIA	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO	PAIS RESIDENCIA	TELEFONO RESIDENCIA
Cra 102 Nº 69-81 Casa 103	Bogotá	Bogotá	Colombia	3133554555

CORREO ELECTRONICO	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
Jeffrey Baquero 2205@Gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION					NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (D/M/A)
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C ☐	NUIP ☐	PASAPORTE ☐			
OTRO ☐	CUAL:				ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA

ASALARIADO	ESTUDIANTE	HOGAR	PENSIONADO	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	CUAL:
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA. ☐	

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐ NO ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
			ICA	SI ☐ NO ☒	PRINCIPAL: 8692	SECUNDARIA:
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐	NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

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

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

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

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

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

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL: X

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONOS	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL	FECHA VINCULACION

SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

INFORMACION FINANCIERA

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

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

REFERENCIAS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Oscar	León	Oscar	

DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
Cra 95A # 124B - 72	Bogotá. D.C	Amistad.	3118588548

REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Ahorros	007000743042		

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

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

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 entregaré a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Enfermero Auxiliar.

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

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 rerenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

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

AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO, AUTORIZACIÓN PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL DE SERVICIOS, DE SEGURIDAD, DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE RECAUDADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria 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 trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciais, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase 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 - 43, 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.

Declaro 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 todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El 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 prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de 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 -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas 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, investigadores, compañías 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 prevension 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 haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título 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 consecuencia, 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 c) 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, teléfono 344 44 84* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administ

(P)

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

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

Jeffrey Baquero.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION	
1. Fecha	2. Ciudad
3. Nombre y Cargo de quien verifica:	
4. Lugar de la verificación:	
5. Observaciones:	
6. Firma y cedula:	

27

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JEFFREY HERNAN BAQUERO CABRERA identificado(a) con CC 1109418149 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**14/04/2014**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1 A IPS SANTA MARIA DEL LAGO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 04 días del mes de julio del año 2018 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

28

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JEFFREY HERNAN BAQUERO CABRERA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,109,418,149**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 04 días del mes de Julio de 2018.

Gerente de Clientes

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
Hospital La Victoria

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1.109.418.149	AXA COLPATRIA
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Jeffrey	Hernán	Baquero	Cabrera

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
12-05-1993	Bogotá	Cra 102N°69-81	

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Nueva EPS	Porvenir	$

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

Correo Electrónico	Celular
Jeffrey Baquero 1205@6mail.com	3133554555

Jeffrey Baquero
Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

AXA COLPATRIA
reinventando / los seguros

AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 – 9

CERTIFICA

Que el afiliado relacionado a continuación se encuentra vinculado con nuestra compañía bajo la afiliación No. 125429 correspondiente a la empresa Coltempora S.a.

Nombre	T. I	Número de Identificacion	Fecha de inicio cobertura	Clase de Riesgo	Tasa de Riesgo Centro de trabajo	Centro de trabajo
JEFFREY HERNAN BAQUERO CABRERA	C.C.	1.109.418.149	26/02/2018	RIESGO III	2.436	PERSONAL TASA 2.436

Cordialmente,

Ma. Consuelo Peñuela R.

MARIA CONSUELO PEÑUELA RAMOS
GERENCIA DE OPERACIONES
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el martes 10 de julio de 2018 a las 08:49:58 a.m.

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

30

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 111824281

WEB
13:32:41

Bogotá DC, 04 de julio 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) JEFFREY HERNAN BAQUERO CABRERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1109418149:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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 miércoles 04 de julio de 2018, a las 13:34:57, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1109418149
Código de Verificación	1109418149180704133457

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.

NESTOR FABIAN CASTILLO PULIDO
CONTRALOR DELEGADO (E)

32

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2312088

Bogotá D.C., 4 de Julio de 2018 - 13:37 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) **JEFFREY HERNAN BAQUERO CABRERA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL CIENTO NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS DIECIOCHO MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE** de PLANADAS

1109418149

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.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 7_97EGA_3713
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 13:36:24 horas del 04/07/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1109418149**
Apellidos y Nombres: **BAQUERO CABRERA JEFFREY HERNAN**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Vive Digital
INSPIRADOS EN LÍDER

Carrera 27 Nº 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.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A

A QUIEN INTERESE

Bogotá **2018/07/04**
COLOMBIA

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JEFFREY HERNAN BAQUERO CABRERA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1109418149** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número:	**007000743042**
Fecha apertura:	**2018/02/23**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA