Editar datos resumen | Editar datos completos

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	ARMANDO COLMENAREZ PEREZ
Nombre abreviado	ARMANDO COLMENAREZ
Fecha de incorporación	16/11/2017 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
País de origen	COLOMBIA
NIT	79767605
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	

Información de contacto

Dirección	CALLE 68 H # 20-22
País	COLOMBIA
Ciudad	Distrito Capital de Bogotá
Municipio	Bogotá
Código postal	
Teléfono de oficina	3212515533
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	a.colmenares63@yahoo.es
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	a.colmenares63@yahoo.es

Dirección	Estado	País	Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web	
Facebook	
URL linkedin	
URL de youtube	
Twitter URL	

Contacto principal

Título	
Nombre	ARMANDO COLMENARES PEREZ
Cargo	
Teléfono	
Móvil	3212515533
Fax	
Correo electrónico	a.colmenares63@yahoo.es

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-jun-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
COLMENAREZ	PEREZ	ARMANDO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 79767605

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 79767605 D.M 51

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 16 MES MAY AÑO 1976

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá, D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 68 H 20 - 22 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá, D.C. TELEFONO 3212515533

EMAIL armandocp1976@gmail.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 DICIEMBRE AÑO 2000

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-jun-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: SUB RED CENTRO ORIENTE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá, D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionalusuario@subredcentrooriente.com	
TELÉFONOS: 3725610	*FECHA DE INGRESO*: DIA 11 MES 10 AÑO 2015	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: CONDUCTOR	*DEPENDENCIA*: AMBULANCIA	*DIRECCIÓN*: DIAGONAL 39SUR 3 20 ESTE	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CONEXION LABORAL	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá, D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: CONEXIONLABORALLTDA@HOTMAIL.COM	
TELÉFONOS: 3203118095	*FECHA DE INGRESO*: DIA 20 MES 2 AÑO 2014	*FECHA DE RETIRO*: DIA 1 MES 12 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO: CONDUCTOR	*DEPENDENCIA*: CTB CONDUCTOR	*DIRECCIÓN*: DIAGONAL 53 C N 24 10	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Jaime Gonzalez	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá, D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: jaimegonzalez@hotmail.com	
TELÉFONOS: 3212680973	*FECHA DE INGRESO*: DIA 8 MES 1 AÑO 2009	*FECHA DE RETIRO*: DIA 27 MES 2 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO: conductor	*DEPENDENCIA*: operativo	*DIRECCIÓN*: calle 68 c sur n 20 A 06 sur	

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	1	1
PRIVADO	4	10

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-jun-2018

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	5	12

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO ___ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Juan. 79767605. 21-06-2018

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 10-jul-2017

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ARMANDO COLMENAREZ PEREZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 79767605 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CALLE 68 H 20 - 22 SUR **Teléfonos** 3212515533 3212515533

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA LIGIA PEREZ	20426936	MADRE
MARÍA SOFIA MONTERO BERNAL	52518638	CONYUGE
MARCELINO COLMENARES	0	PADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 12.520.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	8670483356	TUNAL	$ 50.000,00

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: 10-jul-2017

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
MARIA SONIA MONTERO BERNAL	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	52518638

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

Fun. 79767605.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 10-jul-2017

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia
y en su nombre

El Liceo del Llano "Caro & Cuervo"

Villavicencio - Meta

Autorizado por el Gobierno Departamental del Meta, según Resolución No. 1494 de Oct. De 1994, 0738 de Junio de 1996 y 000318 de Agosto de 1997 para el Departamento del Guaviare
Y 504 de julio 14 del 2.000

Confiere a:

Colmenares Pérez Armando

Identificado(a) con C.C. No. **79.767.605** *De* **Santa Fe de Bogotá**

El Título de

Bachiller Académico

LICEO DEL LLANO "CARO & CUERVO" Educamos para el Exito VILLAVICENCIO META

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Ciclo de Educación Media, según los planes y programas vigentes.

Rector

LICEO DEL LLANO CARO Y CUERVO Educamos para el Exito RECTOR Res. 1494 Villavicencio Mta.

Secretaria

LICEO DEL LLANO CARO Y CUERVO Educamos para el Exito SECRETARIA Res. 1494 Villavicencio Mta.

Anotado al folio 10 *Libro de Registro No.* 02

Dado en Villavicencio *a los* 22 *días del mes de* Julio *de* 2000

Acta Individual de Grado

Liceo del Llano "Caro & Cuervo"

En la ciudad de Villavicencio, a los 22 días del mes de Julio del año de 2000, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la rectoria del Liceo del Llano "Caro & Cuervo".

Institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Básica y el ciclo de Educación Media y autorizada por el GOBIERNO DEPARTAMENTAL para otorgar el título de Bachiller Académico con Enfasis en Sistemas, según resolución No. 1494 del 20 de Octubre de 1994, 0738 de Junio de 1996 emanada de la Secretaría de Educación del Meta y 000318 de agosto de 1997 de la Secretaría de Educación del Departamento del Guaviare.

Comprobada la situación legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al ciclo de Educación Media, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO, al graduando cuyo nombre, apellidos y número de documento de identificación se relacionan a continuación.

COLMENARES PÉREZ ARMANDO 79.767.605 DE SANTA FE DE BOGOTÁ

Es fiel copia del acta original No.012 de fecha 22 de Julio de 2000 que consta de 145 alumnos, que comienza con el nombre de ACHAGUA MARTINEZ LUZ SOBEYDE y se cierra con el nombre de ZULETA BERMUDEZ DIEGO ARMANDO

Firmado y sellado por ALVARO ANTONIO RAMIREZ HERNANDEZ (Rector) y EDILMA GABRIELA GIRALDO JIMENEZ (Secretaría). Dada en Villavicencio a los 22 días del mes de Julio de 2000.

Firmado y Sellado

Rector

Secretaria

12 Años
Educar para Servir

INSTITUTO Vertical
SALUD, URGENCIAS Y EMERGENCIAS

EL INSTITUTO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO BAJO LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 114 DE 1996
Y 2888 DEL 2007 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y ACUERDO O.M.S 0555 NIT 900.628.409-1

EL INSTITUTO DE CAPACITACIÓN
VERTICAL SALUD URGENCIAS y EMERGENCIAS

CERTIFICAN QUE:

Armando Colmenares Perez

CC: 79.767.605

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO SOBRE:

ASISTENTE EN PRIMEROS AUXILIOS AVANZADOS (APAA)

CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

JUAN CARLOS JIMENEZ
DIRECTOR

DRA. YESMI ADRIANA BONILLA
DIRECTORA ACADÉMICA

James Pardo López
Instructor
No. 1023872317

INSTRUCTOR

Dada en Bogotá a los 26 días del mes de Mayo de 2016

C-3265

WWW.VERTICALSALUD.COM

FUMEFI SAS

FUMEFI SAS
APH Y GESTION DE RIESGO
900.806.660-6

CORPORACIÓN TÉCNICA
EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
NIT: 900790014

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO

N° 2243

AUTORIZADA POR LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE CUNDINAMARCA, SEGUN RESOLUCION No 003697 DEL 29 DE OCTUBRE DE 2004Y APROBACIÓN OFICIAL POR EL MINISTERIO DE SALUD MEDIANTE EL ACUERDO EJECUTIVO No 058 DEL 16 DE MARZO DE 2004.

CERTIFICA A:

ARMANDO COLMENARES PEREZ

C.C 79.767.605

Asistió y aprobó el Curso de COVE
con una intensidad de 40 horas
Otorgado en Bogotá D.C. a los 28 días del mes de Noviembre del 2017

Héctor M. Chala
Gerente

CORPORACIÓN TECNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección General
Nit.: 900.790.014-6

Sede principal: calle 40 sur #5-30 Este (barrio la victoria)
Contacto: 2065174 - 3143606143

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud
Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

Certifica que

Armando Colmenares Pérez

79.767.605

Participó en el Curso:

Primer Respondiente para Comunidad

Intensidad horaria de ocho (8) horas
Validez de dos (2) años

Bogotá – Colombia, 19 de Noviembre de 2015

"El presente certificado no confiere título de idoneidad para laborar en actividades relacionadas con la salud"

Gabriel Darío Paredes Zapata
Director de Urgencias y Emergencias en Salud

Beatriz Helena Guerrero Africani
Subdirectora (E) de Gestión de Riesgo en Emergencias y Desastres

DUES CRUE

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ HUMANA

SOMOS LA INSTITUCIÓN LÍDER EN EDUCACIÓN DEL SECTOR TRANSPORTE EN COLOMBIA, CON LA MÁS ALTA VALORACIÓN EN EL MERCADO, PERTINENCIA ACADÉMICA, ALTOS ESTÁNDARES DE CALIDAD Y TALENTO HUMANO DE RECONOCIDAS COMPETENCIAS; TOTALMENTE COMPROMETIDOS EN LA SATISFACCIÓN DE NUESTROS CLIENTES, USUARIOS Y BENEFICIARIOS.

INSTITUTO TECNOLOGICO DEL TRANSPORTE S.A.
ITTSA

EL INSTITUTO TECNOLOGICO DEL TRANSPORTE S.A.
RESOLUCIONES 0004322 Y 003457 DE MINTRANSPORTE
RESOLUCIÓN 1323 DE LA SECRETARIA DE EDUCACION

CERTIFICA QUE

ARMANDO COLMENAREZ PEREZ
C.C. 79,767,605

Participó en el Programa de Formación de Conductores, en la cátedra de

PROYECTO DE VIDA

En su etapa como **CONDUCTOR JUNIOR** y con miras a conseguir el Certificado de Operador de Vehículo de Transporte Público (**O.T.P.**), recibiendo una intensidad académica de **12 HORAS**, durante el día **03 DE MARZO, 2004**

Se expide la presente, en Bogotá D.C., y para su constancia y verificación es firmada.

0403031265-EJ

CODIGO No.

FIRMA AUTORIZADA

Expedido, Miércoles, 03 de Marzo de 2004

CF02-01

"Formamos Conductores Excelentes"
Educación Virtual Interactiva

INSTITUTO TECNOLOGICO DEL TRANSPORTE S.A.
ITTSA

EL INSTITUTO TECNOLOGICO DEL TRANSPORTE S.A.
RESOLUCIONES 0004322 Y 003457 DE MINTRANSPORTE
RESOLUCION 1525 DE LA SECRETARIA DE EDUCACION
RESOLUCION 167 EL 18 ENE 2006 DE LA SECRETARIA DE EDUCACION

CERTIFICA QUE

ARMANDO COLMENARES PEREZ
C.C. 79,767,605

Participó en el Programa de Formación de Conductores, en la cátedra de
MANEJO PREVISIVO Y TECNICAS DE CONDUCCION

En su etapa como **CONDUCTOR JUNIOR** y con miras a conseguir el Certificado de Operador de Vehículo de Transporte Público **(O.T.P.)**, recibiendo una intensidad académica de **12 HORAS**, durante el dia **21 DE MARZO DE 2012.**

Se expide la presente, en Bogotá D.C., y para su constancia y verificación es firmada.

1203219297-GJ
CODIGO No.

FIRMA AUTORIZADA

Expedido, Miércoles, 21 de Marzo de 2012

CRAF10-01

conexion laboral

HAGO CONSTAR QUE:

El señor(a), **ARMANDO COLMENARES PEREZ**, identificado con Cédula de Ciudadania **N° 79.767.605,** laboró en esta empresa desde el **20 de Febrero de 2014** hasta el **01 de Diciembre de 2014**, desempeñó el cargo de Conductor, con contrato de trabajo por Obra y Labor contratada, devengó un salario básico mensual de **$ 616.000** y auxilio de alimentación no salarial de **$121.280.**

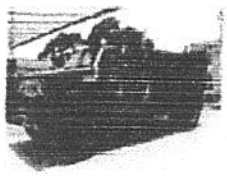
Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá, a los cinco (05) días del mes de Diciembre de 2014.

Cordialmente;

conexión laboral
NIT. 830.152.413-2

FREDID SARMIENTO
FREDID SARMIENTO
Jefe de Personal

JAIME GONZALEZ



SUMINISTRO Y TRANSPORTE DE MATERIALES DE CANTERA
NIT. 79.582.131

Bogotá D.C., 20 de Febrero de 2015

REFERENCIA LABORAL

*Yo **JAIME GONZALEZ**, me permito certificar que el señor **ARMANDO COLMENARES PEREZ** identificado con la Cédula de Ciudadanía Nro.79.767.605 de Bogotá laboró a mi servicio como **CONDUCTOR**, desde 08 de Enero del 2009 hasta el 27 de Febrero del 2013.*
*Desde el tiempo de su ingreso el señor **ARMANDO** ha tenido buen conocimiento de todas las funciones asignadas, por lo tanto lo recomiendo muy especialmente ante cualquier entidad ó persona.*

Se expide la siguiente certificación a los Veinte días del mes de Febrero del año Dos mil Quince.

Cordialmente,

JAIME ENRIQUE GONZALEZ
Tel: 7 503740
Cel: 321 2680973
Calle 68C Sur Nro.20 A – 06 Sur
Barrio San Francisco

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.767.605
COLMENAREZ PEREZ
APELLIDOS
ARMANDO
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-MAY-1976
CARRIARI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

T
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

24-MAY-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00161647-M-0079767-20090707 0013159203A 1 1400101714

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
SECRETARIA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 20-06-2018
Hora: 3:07:02 PM

CONTRIBUYENTE NIT 79767605-5 ARMANDO COLMENAREZ PEREZ

Información General

Dirección CL 68H 20 22 SUR BRR SAN FRANCISCO

Teléfonos 3212515533

Dirección electrónica armandocp1976@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 07/09/2015

Soporte Inscripción 16799482

Fecha Inicio Actividades 13/11/2009

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (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 SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002975403

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14396760607

(415)7707212489984(8020) 000001439676060 7

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	7 9 7 6 7 6 0 5	1 9 9 4 1 1 2 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
COLMENAREZ	PEREZ	ARMANDO	

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 68 H 20 22 SUR BRR SAN FRANCISCO

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
a.colmenares63@yahoo.es		3 2 1 2 5 1 5 5 3 3	

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 9	2 0 1 5 0 1 0 5						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre COLMENAREZ PEREZ ARMANDO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 20-06-2018 02:42:56PM


FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL
1. Este es un documento público y es indispensable para los siguientes actos:
Tomar posesión de los empleos públicos
Ingresar a la carrera administrativa
Obtener o renovar el pase o licencia para conducir vehículos
Registrar título como profesional y ejercer su profesión
Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad
2. En caso de convocatoria de reservas, llamamiento especial o de movilización debe inscribirse personalmente y presentarse en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones
0011807
RAMIREZ SAEGUERO


REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
79767605
COLMENAREZ PEREZ
ARMANDO
PERTENECE AL EJERCITO DE
1A. LINEA
2A. LINEA
3A. LINEA
31 - DIC.
31 - DIC.
31 - DIC.
PROFESION
EMPLEADO

CUMPLIMIENTO DE LA NORMA TÉCNICA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL MENOR DE 10 AÑOS (RES. 412/00)

CITAS PROGRAMADAS

FECHA - HORA				CLASE DE CITA					
DD	MM	AA	HORA	MEDICINA	ENFERMERÍA	ODONTOLÓGICA	AGUDEZA VISUAL	OTRO CUÁL	CUMPLIÓ

VACUNAR OPORTUNAMENTE CON TODAS LAS DOSIS A TUS HIJOS, GARANTIZA LA PROTECCIÓN FRENTE A ENFERMEDADES COMO:

PARÁLISIS INFANTIL (POLIOMIELITIS)

DIFTERIA

TÉTANOS

TOS FERINA

HEPATITIS B

ROTAVIRUS

NEUMOCOCO

MENINGITIS TUBERCULOSA

FIEBRE AMARILLA

SARAMPIÓN

PAROTIDITIS

MENINGITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO b

INFLUENZA

RUBÉOLA

Cualquier día es bueno para vacunar a tus hijos
Recuerda: todos los días son días de vacunación

CARNÉ DE VACUNACIÓN

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

Nombre: Nombre ejemplo

Fecha de Nacimiento: 26-03-1976

N° de Certificado de Nacido Vivo: _____

(RC) NUIP: _____

Sexo: Masculino

Dirección: _____

Teléfono: 7316764.

Responsable: _____

Municipio de Residencia: Bogotá.

Departamento: _____

Ministerio de la Protección Social

Todos los días son días de vacunación

Acción Social

NOMBRE: ARMANDO COLMENARES CC

	ME PROTEGE DE	EDAD	DOSIS	LABORATORIO	NÚMERO DE LOTE	FECHA DE APLICACIÓN DD MM AA	IPS VACUNADORA	FECHA PRÓXIMA CITA DD MM AA	NOMBRE DEL VACUNADOR
	TUBERCULOSIS B.C.G.	Recien Nacido	Unica						
	POLIO (ORAL-IM)	2 meses	1ra.						
		4 meses	2da.						
		6 meses	3ra.						
		1 año después de la 3ra. dosis	1er. refuerzo						
		5 años	2do. refuerzo						
PENTAVALENTE	HEPATITIS B	Recien Nacido	Recien Nacido	22 SEPT/13	VXH 14004				
		2 meses	1ra.	12 OCT 13	VXH 14998				
		4 meses	2da.	21 ABRIL 2014	VXH 17086				
		6 meses	3ra.	22 Abril 2015	VXH 21094				
	HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO b (Hib)	2 meses	1ra.						
		4 meses	2da.						
		6 meses	3ra.						
	DIFTERIA - ~~TOS FERINA~~ TÉTANOS (DPT)	2 meses	1ra.	10 ENE 2012	E0350		SNF		
		4 meses	2da.	12					
		6 meses	3ra.	6M.					
		1 año después de la 3ra. dosis	1er. refuerzo						
		5 años	2do. refuerzo						
	ROTAVIRUS	2 meses	1ra.						
		4 meses	2da.						
	NEUMOCOCO	2 meses	1ra.						
		4 meses	2da.						
		12 meses	Refuerzo						
	INFLUENZA	6-23 meses	1ra.						
		7-24 meses	2da.						
		Cada año	Anual						
		Cada año	Anual						
	FIEBRE AMARILLA	10 año	Unica		G5U64 05/13	24 09 11	H.VH		Consulta
		Cada 20 años	Refuerzo						
	SARAMPIÓN - RUBÉOLA PAPERAS (SRP)	1 año	1ra.						
		5 años	Refuerzo						
OTRAS	VARICELA	A partir de los 12 meses	1ra.						
	HEPATITIS A	A partir de los 12 meses	1ra.						

GÓMEZ ASOCIADOS
SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

Calle 95 N° 45 A-13 La Castellana
Tel: (1) 257 2811 - 257 2815
Fax: 615 5051 Bogotá, D.C.
www.gomezasociadosltda.com

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad Bogotá Fecha 17 - Nov 2016
Nombre Armando Colmenarez Perez.
Identificación 79767605
Fecha de nacimiento 16 - mayo 1976. Edad 40 años
Cargo Conductor
Género MASCULINO X FEMENINO
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 laborales ejercicios de estiramiento dieta y control de peso.

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

Nombre, firma y sello del médico
Registro médico 114380
Licencia en S.O. 14858

Paciente

Firma del paciente
Nombre
Cedula



CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHÍCULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CILINDRAJE	10-01-2022	PARTICULAR
B3	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA, BUS Y ARTICULADO	10-02-2026	PARTICULAR
C3	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA, BUS Y ARTICULADO	10-02-2019	PUBLICO

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC01007238405



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 79767605

Libertad y Orden

NOMBRE

ARMANDO COLMENAREZ PEREZ

FECHA DE NACIMIENTO

16-05-1976

GRUPO RH

A+

FECHA DE EXPEDICION

10-02-2016

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

CONDUCIR CON LENTES

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

SDM - BOGOTA D.C.

Consulta / **Estado de Cuenta**

Federación Colombiana De Municipios - Simit

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

El (la) señor(a) identificado(a) con Cedula No. **79167605 (SIETE NUEVE UNO SEIS SIETE SEIS CERO CINCO),** no posee a la fecha pendientes de pago registrados en Simit por concepto de Multas y Sanciones por Infracciones de Tránsito, en los Organismos de Tránsito conectados al sistema.

Expedición: 19 de Junio de 2018 a las 19:21

Nota: Este documento es válido durante la fecha de expedición

anterior

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

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

FECHA:	2018-06-21	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distiguido 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		
COMENAREZ	PEREZ	ARMANDO			

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	79767605	BOGOTA/CUNDINAMARCA	1994-11-24
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1976-05-16	CAPARRAPI	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) ☐	CASADO(A) ☑	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	3	3	3212515533

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐	BACHILLER ☐	OTRO X	PRIMARIA ☐	TECNICO ☐	TECNOLOGO ☐	CUAL:	CONDUCTOR

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 68H#20-22 SUR	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	N/A

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
ARMANDOCP1976@GMAIL.COM	NO APLICA	PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA X

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MONTERO	BERNAL	MARIA	SONIA

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. X	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52518638			
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X NO ☐		NACIONALIDAD:	COLOMBIANA

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO [ ]	ESTUDIANTE [ ]	HOGAR [ ]	PENSIONADO [ ]	CUAL:	
SOCIO [ ]	CONTRATISTA [X]	COMERCIANTE [ ]	EMPLEADO PUBLICO [ ]		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE [ ]	EMPLEADO SOCIO [ ]		OTRA..... [ ]		

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI [ ]	IVA	SI [ ]	NO [X]	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 8699	CONDUCTOR
		NO [X]	ICA	SI [ ]	NO [X]	PRINCIPAL: [X]	SECUNDARIA: [ ]

GRAN CONTRIBUYENTE	SI [ ] NO [X]	AGENTE RETENEDOR	SI [ ]	AGENTE AUTORETENEDOR	SI [ ]	
			NO [X]		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 [ ]	SERVICIOS [X]	SALUD [X]	# NIT	

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA [ ] TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA [ ] MEDICAMENTOS [ ] MEDICAMENTOS [ ]
OTRA [ ] CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	PAIS
N/A	N/A	N/A	N/A		

CARGO ACTUAL	N/A		FECHA VINCULACION	N/A

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	1,700,000	GASTOS FAMILIARES	1,000,000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS		ARRIENDOS	$ 700	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1,700,000	TOTAL EGRESOS	1,700,000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
N/A	N/A	N/A	N/A

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GONZALEZ	PRADO	CARLOS	EDUARDO
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CALLE74A SUR #92-21	BOGOTA/CUNDINAMARCA/COLOMBIA	AMIGO	3133100334

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO		SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	AHORROS	8670483356		TUNAL	3300000

[X]

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIA [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] OTRA [ ] CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, 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 Declaración de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y 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 Superintedencia 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 comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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 prestacón 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 le 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 , estadisticas, 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 exteernos, 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 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 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 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 sarlaft@subredcentrooriente.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 e 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.subredcentrooriente.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

1 070467605

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:		

Bogotá, Junio 21 de 2018

Señor:
COLMENAREZ PEREZ ARMANDO
CC. 79767605 CL 68H N 20 22 SUR - 160864
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Febrero 25 de 2014. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
COLMENAREZ MONTERO JOHAN ANDRES	1023383684	T	Abr-4-2014	53	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
COLMENAREZ MONTERO HASLY YULIANA	1029145196	T	Abr-4-2014	53	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MONTERO BERNAL MARIA SONIA	52518638	C	Abr-4-2014	53	0	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna
COLMENAREZ PEREZ ARMANDO	79767605	C	Feb-25-2014	52	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
MONTERO HIJO DE MARIA SONIA	79767605	M	Sep-24-2007	1	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Nov-29-2007	Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ARMANDO COLMENAREZ PEREZ	79767605	Trabajador Independiente	VIGENTE
CONEXION LABORAL LTDA	79767605	Dependiente	CERRADO
INTERNACIONAL DE VEHICULOS	79767605	Dependiente	CERRADO
ORGANIZACION SUMA SAS	79767605	Dependiente	CERRADO
S I O S A	79767605	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



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

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

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) **JOSE EDGAR PACHON MALAVER**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **79,167,605**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Junio de 2018.

Gerente de Clientes

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 111230206

WEB
19:16:42

Bogotá DC, 19 de junio 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) JOSE EDGAR PACHON MALAVER identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79167605:

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 martes 19 de junio de 2018, a las 19:15:38, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	79167605
Código de Verificación	79167605180619191538

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 P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2290951

Bogotá D.C., 19 de Junio de 2018 - 19:14 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **SETENTA Y NUEVE MILLONES CIENTO SESENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CINCO**

79167605

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.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 6_7LW6_1419
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 19:18:12 horas del 19/06/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **79167605**
Apellidos y Nombres: **PACHON MALAVER JOSE EDGAR**

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

Vti
INSPIRADOS EN USTED

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

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA, 2016/08/25

Por medio de la presente hacemos constar que el señor ARMANDO COLMENAREZ PEREZ
con Cédula de Ciudadanía número 79767605
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 008670483356
Fecha Apertura 2014/02/19

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

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 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

79767605			Positiva
Numero de Documento			ARL
Armando		Colmenarez	Perez.
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
16-05-1976	Coporap: Cundi	cll 68H #20-22.	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
Salud Total	Porvenir	$	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
conductor.			
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
armando cp1976@gmail.com.		3212515533	
Correo Electrónico		Celular	

Firma del Afliado 79767605

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 52'023.897 Bta

SCANER CD

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

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 lunes 10 de diciembre de 2018, a las 17:20:04, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	79767605
Código de Verificación	79767605181210172003

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 P.
SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

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: 11-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ARMANDO COLMENAREZ PEREZ
IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 79767605 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CALLE 68 H 20 - 22 SUR **Teléfonos** 3212515533 3212515533

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA LIGIA PEREZ	20426936	MADRE
MARCEDONIO COLMENARES	2978761	PADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 1.800.000,00
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	$ 1.800.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	8670483356	TUNAL	$ 50.000,00

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

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 11-dic-2018

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
MARIA SONIA MONTERO BERNAL	**C.C** (X) **C.E** ( ) **T.I.** ( )	52518638

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

79467605

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 11-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

SaludTotal EPS

Bogotá, Diciembre 10 de 2018

Señor:
COLMENAREZ PEREZ ARMANDO
CC. 79767605 CL 68H N 20 22 SUR - 160864
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Febrero 25 de 2014. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
COLMENAREZ MONTERO JOHAN ANDRES	1023383684	T	Abr-4-2014	196	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE		Mora mes 5	Ninguna
COLMENAREZ MONTERO HASLY YULIANA	1029145196	T	Abr-4-2014	196	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE		Mora mes 5	Ninguna
MONTERO BERNAL MARIA SONIA	52518638	C	Abr-4-2014	196	0	COTIZANTE	VIGENTE		Mora mes 5	Ninguna
MONTERO HIJO DE MARIA SONIA	52518638	M	Sep-24-2007	1	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Nov-29-2007	Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna
COLMENAREZ PEREZ ARMANDO	79767605	C	Feb-25-2014	199	0	COMPAÑERO(A)	VIGENTE		Mora mes 5	Ninguna

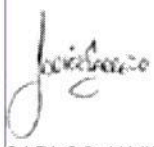
De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ARMANDO COLMENAREZ PEREZ	79767605	Trabajador Independiente	CERRADO
CONEXION LABORAL LTDA	79767605	Dependiente	CERRADO
INTERNACIONAL DE VEHICULOS	79767605	Dependiente	CERRADO
ORGANIZACION SUMA SAS	79767605	Dependiente	CERRADO
S I O S A	79767605	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,



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

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



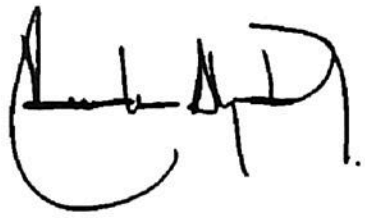
porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ARMANDO COLMENAREZ PEREZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **79,767,605**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 10 días del mes de Diciembre de 2018.



Gerente de Clientes

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2600381

Bogotá D.C., 10 de Diciembre de 2018 - 16:55 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **SETENTA Y NUEVE MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CINCO**

79767605

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 comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_Q5B9G_5516
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 17:20:36 horas del 10/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **79767605**

Apellidos y Nombres: **COLMENAREZ PEREZ ARMANDO**

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
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119017485

WEB
16:54:06

Bogotá DC, 10 de diciembre 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) ARMANDO COLMENAREZ PEREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79767605:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

FUMEFI SAS

FUMETI SAS
APH Y GESTION DE RIESGO
900.806.660-6

CERTIFICA A:

COLMENAREZ PEREZ ARMANDO

C.C. 79.767.605

Asistió y aprobó el Curso de soporte vital basico
Con una intensidad de 40 horas
Otorgado en Bogotá D.C. a los 10 dias del mes de Diciembre del 2018

Héctor M. Chala
Gerente

Sede principal: Carrera 10 N° 26 – 28 Sur
Contacto: 3143606143- 2065174