Gmail

secop

Redactar

Recibidos 141
Destacados
Pospuestos
Importantes
Enviados
Borradores 3

Inicia sesión

Si inicias sesión, accederás a Hangouts desde todos los servicios de Google.
Más información

Activación de su registro en SECOP

Recib

registro@secop.gov.co 11 nov. 2018 10:5
para

Activación de su registro en SECOP

Estimado (a) usuario (a)

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

Su nombre de usuario es: **jmartin1977**

Por favor siga el enlace:

https://community.secop.gov.co/Public/Users/ConfirmAccount/ConfirmAcco
0a49-4b06-b119-094cf459a36a&CompanyCode=703076273&CompanyNa
GARCIA

(si no puede hacer clic en el enlace cópielo y péguelo en la barra de direcc

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

compensar | eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación 10 11 2018

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación | B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia • Beneficiario o afiliado adicional | B. Colectiva | C. Institucional | D. De oficio
3. Régimen: A. Contributivo | B. Subsidiado
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante | B. Cabeza de familia | C. Beneficiario
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente | B. Independiente | C. Pensionado
Código (A registrar por la EPS): 01

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

6. Apellidos y nombres: MARTIN GARCIA JOSE ARGEMIRO
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 80016893
9. Sexo: Femenino | Masculino: X
10. Fecha de nacimiento: 17 / 11 / 1977
11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo | Condición
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: Bolivar
16. Administradora de pensiones: Proteccion
17. Ingreso base de cotización - IBC: 781242
18. Residencia: Calle 31 # 2-90 bl.15 cs 4
Jota77co@gmail.com | Soacha | Zona Urbana: X | Rural | San Mateo | 8401559 | 3012671632 | COODINAMAZCA.

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

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

19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad: 80016893
22. Sexo: Femenino | Masculino
23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F N M T P / Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC adicional (a registrar por la EPS)
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

Cot.	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
B	Calle 26	1007
B		
B		

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

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

B. REPORTE DE NOVEDADES

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

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

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

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

VIII. FIRMAS

80016893

IX. ANEXOS

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

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha de [illegible]

10 NOV 2018
C.C. 67 Jinna Fernanda Muñoz
SUJETO A VERIFICACIÓN

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | 71. Firma

OBSERVACIONES: Acta NOV. 2018 Pago en Dic.

VIGILADO SuperSubsidio

Scanned by CamScanner

Bogotá, 25 de Noviembre del 2015

Señores
A QUIEN INTERESE
Ciudad

Nos permitimos certificar que el (la) señor(a) **JOSE ARGEMIRO MARTIN GARCIA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía número **80016893,** estuvo vinculado(a) laboralmente a **IG SERVICES S.A.S** con **NIT 900693655-1,** mediante un contrato laboral a término INDEFINIDO desde el 08/01/2013 hasta el 26/11/2015.

Durante este tiempo se desempeño como: **ANALISTA DE SOPORTE**

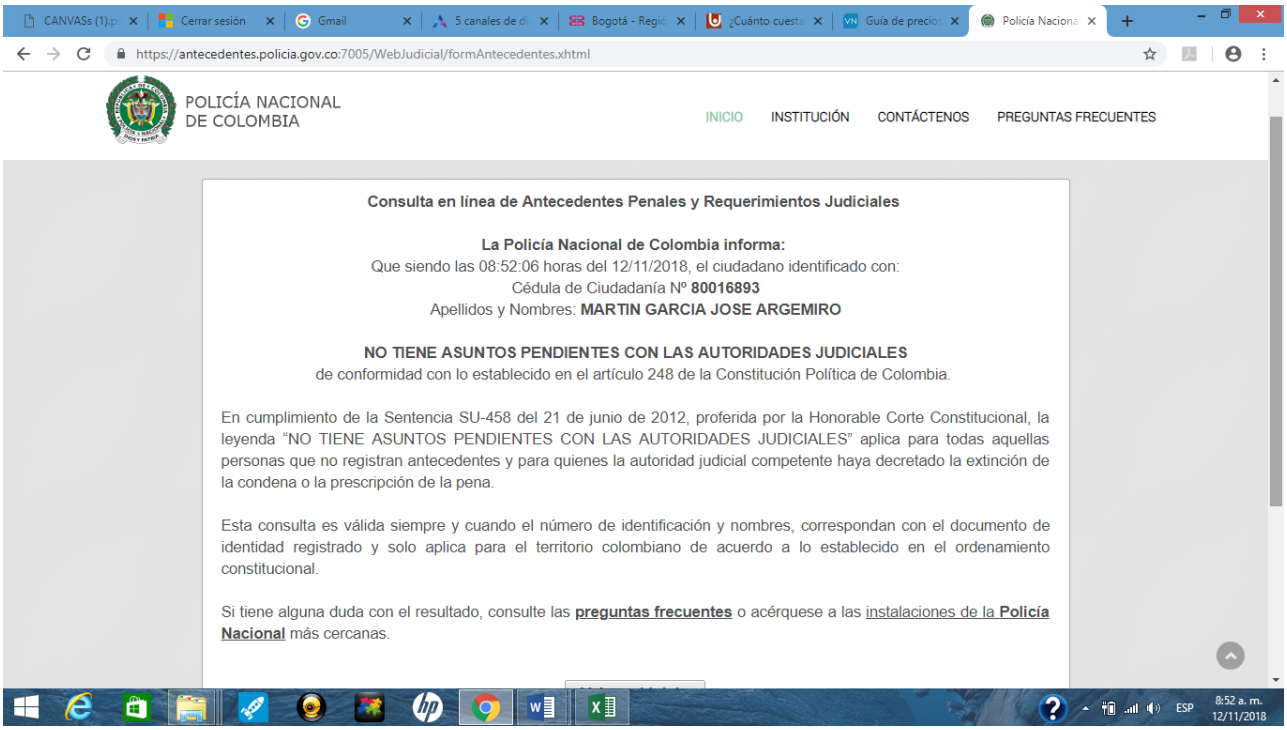
La presente certificación se expide a solicitud del interesado.

Atentamente,

IG SERVICES S.A.S.

Lina Marcela Guzman Lopez
Coordinadora de la administración de talentos
Mariluz M.

Scanned by CamScanner


https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml
POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA
INICIO
INSTITUCIÓN
CONTÁCTENOS
PREGUNTAS FRECUENTES
Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales
La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:52:06 horas del 12/11/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 80016893
Apellidos y Nombres: MARTIN GARCIA JOSE ARGEMIRO
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.
ESP
8:52 a. m.
12/11/2018

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 jueves 08 de noviembre de 2018, a las 13:09:02, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	80016893
Código de Verificación	800168931811081309O2

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. 2531324

Bogotá D.C., 8 de Noviembre de 2018 - 13:13 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: **OCHENTA MILLONES DIECISEIS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES**

80016893

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: 11_VRH5Y_1213
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 117685540

WEB
13:02:55

Bogotá DC, 08 de noviembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOSE ARGEMIRO MARTIN GARCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80016893:

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.

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

Personería Jurídica Res. 4571 de Ministerio de Educación Nacional

Nit. 860.056.070-7

CERTIFICA:

Que JOSE ARGEMIRO MARTIN GARCIA, identificado con Cedula de Ciudadanía No. 80.016.893, registrado con el código 499715191, solicitó copia de Acta de Grado correspondiente al año 2005, la cual se encuentra en trámite desde el día 16 de noviembre de 2018.

Dado en Bogotá, a los veinte (20) días del mes de Noviembre de Dos mil Trece (2013).

Sandra Castillo
Directora Sede.

Scanned by CamScanner

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

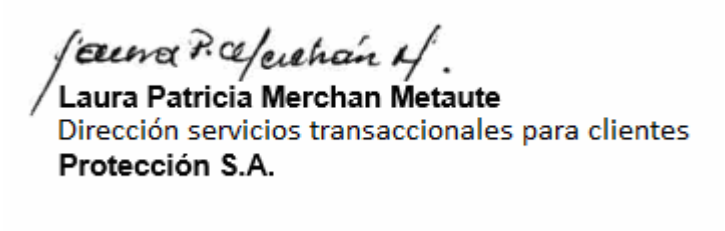
NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MARTIN GARCIA JOSE ARGEMIRO** identificado(a) con **CC** número **80.016.893** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de junio de 2001 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 10 de noviembre de 2018.

Cordialmente,



Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

2018111012404

JOSE ARGEMIRO MARTIN GARCIA
Calle 31 No 2 – 90 Bloque 15 Casa 4 (San Mateo)
8401559 – 3012671632 – 4102826 (padre)
jota77co@hotmail.com

PERFIL

El ingeniero de sistemas evidencia una solida estructuración integral que cualifica en primera instancia como persona de visión critica, constructiva y en segundo lugar como miembro de la dinámica transformacional del país; de manera tal que tengo una concepción global y visionaria del país permitiéndome participar como ser social, creador de la cultura y generador de conocimiento con autonomía y liberalidad.

Soy profesional que mediante el análisis del grado de dificultad de un problema, modela la realidad e implementa su validación mediante la utilización de herramientas software; llevando la informática al usuario final, dimensionando óptimamente los recursos de software y hardware a utilizar, comprendiendo que el único medio de transformar nuestro país en un estado moderno, se encuentra a partir de nuestro desarrollo de nuestra propia tecnología.

Además puedo integrar los adelantos telemáticos de la informática simbólica al sector industrial y productivo del país. Me encuentro con la capacidad de coordinar grupos interdisciplinarios y de traducir en planes concretos las políticas de una organización con el fin de resolver situaciones informáticas en las que el factor humano y técnico son relevantes.

EXPERIENCIA

INTERGRUPO
Ingeniero Analista de soporte
Contacto: Karen Galezzo
Móvil: 3113490316
Enero de 2013 – Noviembre de 2015

La labor desarrollada en el proyecto al cual me encontraba asignado (Avianca), era la de brindar soporte en sitio a usuario final en software estándar, especializado de la compañía; de otra parte en lo relacionado con hardware en equipos desktop y laptop. De otra parte se da soporte en impresoras térmicas de pasabordos y etiquetas de maletas. Lo anterior para el desarrollo diario de la operación.

SONDA COLOMBIA
Autopista Norte No. 118-68
Ingeniero de soporte
Contacto: Mauricio Ramírez
Móvil: 3176370805
Junio de 2012 – Diciembre de 2012

Me desempeño brindando soporte técnico en el proyecto Yanbal, a los equipos de computo. La función principal es brindar mis conocimientos en el soporte a proceso Eurobox y Picking España en la sede ubicada en Tenjo; adicionalmente dar soporte a usuarios en las sedes de Bulevar, Restrepo y Facatativá que corresponden al mismo Proyecto Yanbal.

GESTION PROFESIONAL LTDA.
Outsoursing para Sonda.
Calle 93 No. 15-51 Of. 402
Ingeniero de soporte
Tel: 6104622
Junio de 2011 – Mayo de 2012

Me desempeño brindando soporte técnico en el proyecto Yanbal, a los equipos de computo. La función principal es brindar mis conocimientos en el soporte a proceso Eurobox y Picking España en la sede ubicada en Tenjo; adicionalmente dar soporte a usuarios en las sedes de Bulevar y Restrepo que corresponden al mismo Proyecto Yanbal.

SYSDECOM
Calle 53 No. 85b-12
Tel:2956604
INGENIERO

Me desempeño brindando soporte técnico en equipos de computo e impresoras de cartucho y tóner, mantenimiento preventivo y correctivo, diseño de pagina web, diseño e implementación de redes como internet e intranet, soporte técnico a algunas organizaciones, desarrollo e implementación de soluciones relacionados con Sistemas Electrónicos de Seguridad.

CENCO TECNOLOGIA LTDA
INGENIERO DE SOPORTE
Tel: 6210047 - 6210097
Septiembre de 2007 – noviembre de 2008

Me desempeñado ofreciendo soporte técnico y comunicaciones a nivel nacional e internacional, en cuanto a la configuración de redes y mantenimiento de equipos de computo, adicionalmente soporte en los aplicativos destinados para la operación de la empresa.

ECOOPSOS ARS
Área Financiera – Gerencia Técnica de Aseguramiento
Cuentas Medicas – Admón. Base de Datos – Análisis y Resultados en Salud
Tel: 3204242
Julio de 2001 – Agosto de 2007

Ocupe diversos cargos dentro de la empresa, iniciando desde auxiliar operativo, pasando por auxiliar de acreditación, auxiliar y asistente de cuentas medicas. Asistente operativo en el área de Administración de Base de Datos de la oficina de Bogotá. También trabaje en el área de Planeación y estudios en Salud como estadista y analista; adicionalmente realizando estudios a nivel de estadísticas para las áreas de Promoción y Prevención, perfiles epidemiológicos de la Población Afiliada, generación de informes de estudios de UPC para la Superintendencia y Ministerio de Salud.

ESTUDIOS FORMALES

PROFESIONAL: INGENIERO DE SISTEMAS CON ENFASIS EN SOFTWARE
UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO
(2005)

SECUNDARIOS: BACHILLER ACADEMICO
Colegio Elisa Borrero de Pastrana
(1996)

DIPLOMADO: SISTEMAS ELECTRONICOS DE SEGURIDAD
FUNDACION DE EGRESADOS UNIVERSIDAD DISTRITAL
(2010)

OTROS CURSOS

SEMINARIO: ECONOMIA SOLIDARIA
Curso Básico de Economía Solidaria
Ecoopsos ARS
Febrero 2003

TERCER CONGRESO UNIVERSIDAD - EMPRESA
El Ingeniero Ante el siglo XXI
Universidad Antonio Nariño
Abril de 1997

REFERENCIAS

OSCAR MORENO OSSA
Ingeniero de Sistemas ICBF
Teléfono: 3002817118

NELSON CUESTA CASTIBLANCO
Área Sistemas MacPollo
Teléfono: 3208579089

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: 12-nov-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MARTIN	GARCIA	JOSE ARGEMIRO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80016893

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 80016893 D.M 55

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 17 MES NOV AÑO 1977

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 31 # 2 - 90 BLOQUE 15 CASA 4

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Soacha TELEFONO 8401559

EMAIL jota77co@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°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1996
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	10	X		INGENIERO DE SISTEMAS CON ENFASIS EN SOFWARE	6	2005	i36282005cnd

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: 12-nov-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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
INTERGRUPO		X	Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7956780	DIA 8 MES 1 AÑO 2013	DIA 26 MES 11 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ANALISTA SOPORTE IT	SOPORTE TECNICO	AEROPUERTO INTERNACIONAL EL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SONDA COLOMBIA		X	Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6466565	DIA 1 MES 6 AÑO 2012	DIA 4 MES 1 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ANALISTA SOPORTE IT	CENTRO DE EXPORTACION YANBAL	AUTOPISTA NORTE # 112 - 68

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
GESTION PROFESIONAL LTDA		X	Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6104622	DIA 1 MES 6 AÑO 2011	DIA 31 MES 5 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ANALISTA SOPORTE IT	OFICINAS DE YANBAL	AUTOPISTA NORTE # 118 - 68

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: 12-nov-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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ECOOPSOS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	ecoopsos@ecoopsos.com.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5190088	DIA 2 MES 7 AÑO 2001	DIA 17 MES 8 AÑO 2007

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR ADMINSTRATIVO	OFICINAS DE LA COMPAÑIA	AVENIDA BOYACA # 50 - 34

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	0	0
PRIVADO	10	7
PARTICULAR	2	11
TOTAL	13	6

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

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-nov-2018

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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

80016893	BOLIVAR.
Numero de Documento	ARL

JOSE	ARGEMIRO	MARTIN	GARCIA.
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

17/NOV/1977	BOGOTA	CL. 31 # 2-90 bl.15 ap4	8401554
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

COMPENSAR	PROTECCION	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

jotar77co@gmail.com	(310 3022359 / 3012671632
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afiliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

Bogotá D.C

Señores:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

_____
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma _____

No. de documento: ____80016893_____

Tarjeta profesional No: I36282005CND_____

Dirección de contacto: __CALLE 31 No. 2-90 SAN MATEO_____

Teléfono: ___8401559_____

Bogotá D.C

Señores:

_____FUNDACION EGRESADOS UNIVERSIDAD DISTRITAL_____
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

_____
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: ____80016893_____

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: __CALLE 31 No. 2-90 SAN MATEO_____

Teléfono: ___8401559_____

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: 12-nov-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JOSE ARGEMIRO MARTIN GARCIA
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 80016893 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Cundinamarca **Municipio** Soacha
Dirección CALLE 31 # 2 - 90 BLOQUE 15 CASA 4 **Teléfonos** 3012671632 8401559

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JEREMIAS MARTIN LOPEZ	17195877	PADRE
MARIA GRACIELA GARCIA CUFIÑO	21074531	MADRE
SARAH SOPHIA MARTIN RAMIREZ	1150187008	HIJO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ⊗ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ○

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 600.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 150.000,00
TOTAL	$ 750.000,00

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
BANCOLOMBIA	AHORROS	61270865487	CHICO	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	HBZ-564	$ 27.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO DE BOGOTA	TARJETAS DE CREDITO	$ 4.500.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
GLORIA INES RAMIREZ CASAS	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	52223347

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



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 12-nov-2018

CIUDAD Y FECHA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 12-nov-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MARTIN	GARCIA	JOSE ARGEMIRO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80016893

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 80016893 D.M 55

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 17 MES NOV AÑO 1977

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 31 # 2 - 90 BLOQUE 15 CASA 4

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Soacha TELEFONO 8401559

EMAIL jota77co@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°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1996
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	10	X		INGENIERO DE SISTEMAS CON ENFASIS EN SOFWARE	6	2005	i36282005cnd

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 12-nov-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 INTERGRUPO		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS 7956780	*FECHA DE INGRESO* DIA 8 MES 1 AÑO 2013		*FECHA DE RETIRO* DIA 26 MES 11 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO ANALISTA SOPORTE IT	*DEPENDENCIA* SOPORTE TECNICO		*DIRECCIÓN* AEROPUERTO INTERNACIONAL EL	

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD SONDA COLOMBIA		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS 6466565	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 6 AÑO 2012		*FECHA DE RETIRO* DIA 4 MES 1 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO ANALISTA SOPORTE IT	*DEPENDENCIA* CENTRO DE EXPORTACION YANBAL		*DIRECCIÓN* AUTOPISTA NORTE # 112 - 68	

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD GESTION PROFESIONAL LTDA		*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS 6104622	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 6 AÑO 2011		*FECHA DE RETIRO* DIA 31 MES 5 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO ANALISTA SOPORTE IT	*DEPENDENCIA* OFICINAS DE YANBAL		*DIRECCIÓN* AUTOPISTA NORTE # 118 - 68	

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: 12-nov-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 EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ECOOPSOS	*PÚBLICA* 	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* ecoopsos@ecoopsos.com.co	
TELÉFONOS 5190088	*FECHA DE INGRESO* DIA 2 MES 7 AÑO 2001	*FECHA DE RETIRO* DIA 17 MES 8 AÑO 2007	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR ADMINSTRATIVO	*DEPENDENCIA* OFICINAS DE LA COMPAÑIA	*DIRECCIÓN* AVENIDA BOYACA # 50 - 34	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	0	0
PRIVADO	10	7
PARTICULAR	2	11
TOTAL	13	6

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

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-nov-2018

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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 RIES GO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORIS MO - SARLAFT

FECHA:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	

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 EM PRESA (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		
MARTIN	GARCIA	JOSE	ARGEMIRO		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. [X]	C.E. [ ]	R.C. [ ]	NUIP [ ]	80016893	BOGOTA	1995-12-21
PASAPORTE [ ]	OTRO [ ]			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI [X]	NO [ ]	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1977-11-17	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) [ ] CASADO(A) [X] DIVORCIADO(A) [ ] UNION LIBRE [ ] VIUDO(A) [ ]	3	DOS	3012671632

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER [ ]	GRADO [ ]	UNIVERSITARIO [X]	BACHILLER [ ]	PRIMARIA [ ]	TECNICO [ ]	TECNOLOGO [ ]	CUAL:	ING. SISTEMAS

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CL 31 # 2 - 90 BL 15 CS 4	SOACHA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	8401559

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
jota77co@gmail.com		PROPIA [X]	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
RAMIREZ	CASAS	GLORIA	INES

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. [X]	C.E. [ ]	R.C. [ ]	NUIP [ ]	52223347	BOGOTA		
PASAPORTE [ ]	OTRO [ ]	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI [X] NO [ ]	NACIONALIDAD:	COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOM ICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI [ ]	IVA	SI [ ]	NO [X]		7490	8299
	NO [X]	ICA	SI [ ]	NO [X]		PRINCIPAL: [ ]	SECUNDARIA: [ ]

GRAN CONTRIBUYENTE	SI [ ] NO [X]	AGENTE RETENEDOR	SI [ ] NO [X]	AGENTE AUTORETENEDOR	SI [ ] NO [X]

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

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

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

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

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

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

OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 600.000	GASTOS FAMILIARES	$ 480.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	$ 4.500.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	$ 150.000	OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**$ 750.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 480.000**	**TOTAL ACTIVOS**		**TOTAL PASIVOS**	**$ 4.500.000**

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CUESTA	CASTIBLANCO	NELSON	JAVIER
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
	FACATATIVA	AMIGO	3208579089

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

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 ☐ TRANSFERENCIAS ☐ 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.):

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 licitas.
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 dias 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 dias 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 Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. 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 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

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) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -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, compañias 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 estadísticos.
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 Jurídica 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 onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail surlaft@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

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:		

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A

A QUIEN INTERESE

Bogotá
COLOMBIA

2018/11/13

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JOSE ARGEMIRO MARTIN GARCIA** con **Cédula de Ciudadanía** número **80016893** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número:	**488402240995**
Fecha apertura:	**2018/11/13**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

EXAMEN FISICO										
ESTATURA: 174 cm				PESO: 112 Kg						
TA: MAX: 140 MIN: 85		FC: 68 xm		FR:16 xm		TEMP: 36.5 G				
AGUDEZA VISUAL: OD: 20/ 400			OI: 20/ 200			AO: 20/ 400				
GAFAS: SI : XX NO:				PERMANENTES: SI: XX NO:						
PERCEPCIÓN DE COLORES: NORMAL				PTERIGIOS	SI		NO	X		
AUDICIÓN: HIPOACUSIA IZQ		CONDUCTOS AUDITIVOS: NORMALES								
TIMPANOS: NORMALES										
NARIZ: NORMAL										
BOCA: NORMAL		DENTADURA: I.M.: 16/16								
OROFARINGE: NORMAL			AMIGDALAS: NORMALES							
CUELLO: NORMAL				TIROIDES: NORMAL						
TORAX: NORMAL										
PULMONES: NORMAL										
CORAZON: NORMAL										
ABDOMEN: NORMAL		HERNIA: SI: NO: X		HEMORROIDES: SI: NO: X						
GENITOURINARIO: NORMAL										
SENOS:										
HIDROCELE: NO		VARICOCELE: NO		PRÓSTATA:						
COLUMNA. NORMAL:	ESCOLIOSIS. SI: XX IZQ. NO:		LORDOSIS. SI: NO:		CIFOSIS. SI: NO:					
NEUROLÓGICO: NORMAL										
OSTEO MUSCULAR: NORMAL										
VARICES SI: X NO:		GRADO: I EN MMII		PIE PLANO: NO						
PSICOLÓGICO: NORMAL										
PIEL: NORMAL										
DIAGNOSTICO: **1. DEFECTO REFRACCION VISUAL USA GAFAS CORRECTIVAS**										
2. ESCOLIOSIS IZQUIERDA										
3. VARICES GRADO I EN MMII										
4. OBESIDAD.										
5. DEBILIDAD ABDOMINAL Y PARAVERTEBRAL.										
6. HIPOACUSIA IZQUIERDA SEVERA.										
APTO	**XX**	**NO APTO**		**APTO CON LIMITACIONES**						
RECOMENDACIONES:										
1. CONTROL E.PS POR OPTOMETRIA ANUAL										
2. HIGIENE POSTURAL- EJERCICIOS										
3. SOPORTE ELASTICO PARA LAS VENAS MMII										
4. DIETA BALANCEADA.										

FIRMA DEL EXAMINADO	FIRMA DEL MEDICO
C.C. 80016893.	Dr. Guillermo Arias Restrepo Médico Cirujano U.N. R.M.4886 Especialista en Salud Ocupacional U.J.T.L. Resol. 11346 Secretaría Distrital de Salud MEDICO. CIRUJANO. C.C. 19.150.760 BOGOTA REG. MED 4886 S.O. RESOL. 11346 SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL

EMPRESA: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

DR. GUILLERMO ARIAS RESTREPO
MEDICO- CIRUJANO U.N. ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL U.J.T.L.
CENTRO MEDICO SAN DIEGO CALLE 33 A No. 14 – 30 TEL. 3102111626

FECHA: 14-NOVIEMBRE-2018

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL INGRESO: X RETIRO: PERIODICO:

NOMBRE: JOSE ARGEMIRO GAITAN GARCIA					C.C. 80.016.893 BOGOTA		
LUGAR DE NACIMIENTO: BOGOTA					FECHA: 17-11-1977		
EDAD: 40 AÑOS		SEXO: M X F			ESTADO CIVIL: CASADO		
RESIDENCIA: CALLE 31 No. 2-90 B15 C4 SOACHA					TELEFONO: 3012671632		
SECCION: SISTEMAS					CARGO: TECNICO EN SISTEMAS		
FECHA DE INGRESO:		**TIEMPO DE SERVICIO:**			**TIEMPO EN EL CARGO:**		
JORNA DE TRABAJO: DIURNA: XX			**NOCTURNA:**			**ROTATORIA:**	
PERSONAS A CARGO: 3 P **VIVIENDA:** PROPIA					**ESCOLARIDAD. ING, SISTEMAS**		
PROMEDIO INGRESOS:							
EMPLEOS ANTERIORES: INTERGRUPO: 3 A. SONDA DE COLOMBIA 15 M							
ANTECEDENTES PERSONALES: E.P.S. COMPENSAR ARL BOLIVR							
PATOLOGICOS	HIPOACUSIA IZQUIERDA DESDE NIÑO. NO LIMITANTE						
QUIRURGICOS	NEGATIVO						
TRAUMATICOS	NEGATIVO						
ALERGICOS	NEGATIVO						
PSIQUIATRICOS	NEGATIVO						
VENEREOS	NEGATIVO						
HOSPITALIZAR	NEGATIVO						
GINECOLOGICO	U.R:		G P A C E		CICLOS:		
	CITOLOGIA: SI:	NO:	PLANIFICACIÓN.	NO			
TOXICOS	**TABACO**	FUMA	SI	NO	1 – 4	5 – 10	10 – 25 / MAS DE 25
				X			
	ALCOHOL	BEBEDOR	SI	X	NO		
		DIARIO		SEMANAL		QUINCENAL	
		MENSUAL		ANUAL		OCASIONAL/SOCIAL	X
	DROGAS	SI		NO	X	CUAL ?	
	INTOXICACION	SI		NO	X	SUSTANCIA:	
VACUNAS	COMPLETAS						
AFICIONES: SI: X NO: CUAL? BALONCESTO.							

EMPLEO ACTUAL

FACTOR DE RIESGO	TIPO DE RIESGO	HORAS EXPOSICION	EPP
ERGONOMICO	POSTURAL	8 H	
FISICO	RUIDO	NO	
QUIMICO	POLUCION	8H	
PSICOSOCIAL	STRESS	8H	
TRANSITO	ATROPELLAMIENTO	2H	

ACCIDENTE DE TRABAJO	SI		NO	X	**ENFERMEDAD LABORAL**	SI		NO	X

RESUMEN DE ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

EMPRESA	DIAGNOSTICO	ARL

DR. GUILLERMO ARIAS RESTREPO
MEDICO- CIRUJANO U.N.
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL U.J.T.L.
CENTRO MEDICO SAN DIEGO CALLE 33 A No. 14–30 TEL. 3102111626

FECHA: 14-NOVIEMBRE-2018

CERTIFICO

HABER EXAMINADO A: **JOSE ARGEMIRO MARTIN GARCIA**

DE: 40 AÑOS, A QUIEN POR INTERROGATORIO Y EXAMEN MEDICO,

SE ENCUENTRA:

DX: 1. DEFECTO REFRACCION VISUAL USA GAFAS CORRECTIVAS.
2. ESCOLIOSIS.IZQUIERDA
3. VARICES GRADO I EN MMII.
4. OBESIDAD.
5. DEBILIDAD ABDOMINAL Y PARAVERTEBRAL.
6. HIPOACUSIA IZQUIERDA SEVERA

RECOMENDACIONES:
PUEDE REALIZAR CUALQUIER ACTIVIDAD FISICA Y DE ESFUERZO SIN RIESGO, DE SU SALUD ACTUAL. CONTROL OPTOEMTRIA ANUAL. SOPORTE ELASTICO PARA VARICES, HIGIENE POSTURAL- EJERCICIOS. CONTROL OTORRINO.

TA: 140/85 **PESO: 71 Kg**

FC: 72xm **TALLA: 169 Cm**

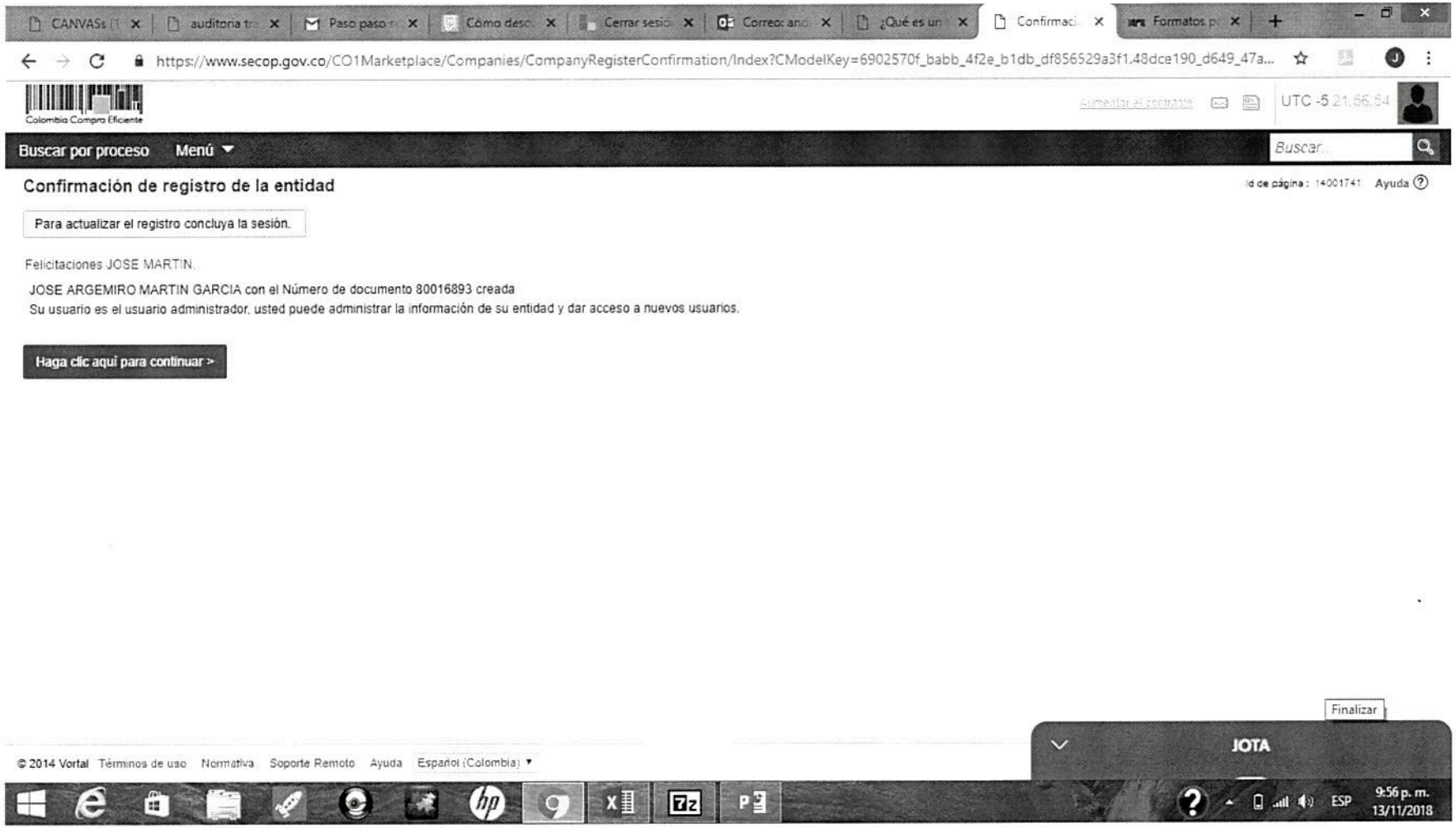
APTO	**XX**	**NO APTO**		**APTO CON LIMITACIONES**	

RESTRICCIONES: NO SOMETERSE A RUIDOS PERMANENTES FUERTES.

Dr. Guillermo Arias Restrepo
Médico Cirujano U.N. R.M.4886
Especialista en Salud Ocupacional U.J.T.L
Resol. 11346 Secretaria Distrital de Salud

DR. GUILLERMO ARIAS RESTREPO
CC No. 19.150.760 BOGOTA
MEDICO- CIRUJANO RM No. 4886
ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
RESOL 11346 SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

CC. 80016893.


CANVASs (1
auditoria tra
Paso paso r
Cómo desc
Cerrar sesió
Correos ano
¿Qué es un
Confirmaci
Formatos p
https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmation/Index?CModelKey=6902570f_babb_4f2e_b1db_df856529a3f1.48dce190_d649_47a...
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 21:56:54
Buscar por proceso
Menú
Buscar...
Confirmación de registro de la entidad
Id de página: 14001741
Ayuda
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones JOSE MARTIN.
JOSE ARGEMIRO MARTIN GARCIA con el Número de documento 80016893 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.
Haga clic aquí para continuar >
Finalizar
JOTA
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
ESP
9:56 p. m.
13/11/2018

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

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha 10/11/2018

CONTRIBUYENTE	C.C. 80016893	JOSE ARGEMIRO MARTIN GARCIA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 31 2 90 BL 15 CA 4 Teléfonos: 8401559

Dirección electrónica: jota77co@hotmail.com Ciudad: CUNDINAMARCA Municipio: SOACHA

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

PERFIL TRIBUTARIO

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

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

Actividad 1: 74901 - Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p. como consultoría profesional (incluye actividades de periodistas)

Actividad 2: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

Versión 2.02

Scanned by CamScanner

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14388399955

(415)7707212489984(8020) 000001438839995 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 1 6 8 9 3	1	Impuestos de Bogotá 32	

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 13	8 0 0 1 6 8 9 3	1 9 9 5 1 2 2 1

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTIN	GARCIA	JOSE	ARGEMIRO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Cundinamarca 25	Soacha 754

41. Dirección principal: CL 32 2 91 IN 15 CA 4 BRR LA ARBOLEDA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
jota77co@gmail.com		8401559	3115228934

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
7490	20050103	8299	20160601				

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	2	2																						

DOCUMENTO CERTIFICADO 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: 2016 09 07

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: CASALIN TARIFA ALEJANDRO
985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 07-09-2016 11:34:14AM

Scanned by CamScanner