Gmail

Más

REDACTAR

Recibidos

Destacados

Importantes

Enviados

Borradores (17)

Personal

Viaje

Más

Luis Alberto +

No hay chats recientes

Iniciar uno nuevo

Confirmación de acceso al SECOP

Recibidos x

alertas@secop.gov.co

para

Confirmació
SECOP II

Estimado(a) usuario(a):

Colombia Compra Eficient

Ahora puede acceder al S

Para ingresar siga el sigui

https://www.secop.gov.co/

(si no puede hacer clic en

Mesa de Servicio, Lu
018000-52-0808 / En Bog

El recibo de este correo electrónico no
Si no desea recibir este tipo de correo
Consulte los Términos y Condiciones
Derechos reservados. SECOP 2017

Por favor, antes de imprimir este


Google Traductor
cedula blanquicet y otro
SECOP II | Colombia Co
Confirmación de registro
Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmation/Index?CModelKey=2e2d9fda_0bfe_4e09_bf62_5b91a5f1be86.5026f480_8365_4244_8c43_b846801726be&RedirectTo...
Aplicaciones
Nueva pestaña
::: RIS ITMS ::: V. 2.8.1
Athenea
Avantage PACS
RESULTADOS SANTA
RESULTADOS JORGE
Política de Seguridad
Extensiones
Proceso de Inscripción
Elsevier Editorial Syst
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
Buscar por proceso
Menú
Buscar...
Confirmación de registro de la entidad
Id de página:: 14001741
Ayuda
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones Luis Alberto Blanquicet Herrera,
Luis Alberto Blanquicet Herrera con el NIT 73119523 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 >
Conectando...
018000-52-0808
Chat en línea
constancia person....pdf
cedula blanquicet ....pdf
experiencia blanqu....pdf
Mostrar todo
3:08 p. m.
17/11/2017

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: 31-jul-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
Blanquicet	Herrera	Luis Alberto

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 73119523

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 73119523 D.M 14

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 23 MES ENE AÑO 1966

PAÍS COLOMBIA

DEPTO Bolívar

MUNICIPIO SANTA CATALINA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Lualblaher@gmail.com

PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

TELEFONO 4009856

EMAIL lualblaher@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
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DIC AÑO 1985

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLOGICA). **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	12	X		MEDICO	7	1999	254828/2000

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

Última Actualización: 31-jul-2017

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 Hospital Rafael Uribe (Subred Centro Oriente)	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* COLOMBIA
DEPARTAMENTO Bogotá D. C.	*MUNICIPIO* BOGOTA D. C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 5966600	*FECHA DE INGRESO* DIA 26 MES 12 AÑO 2011		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO Medico de urgencias	*DEPENDENCIA* Urgencias		*DIRECCIÓN* Kr 13 26 a 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	5	7
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	5	7

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 180/95).

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

Última Actualización: 31-jul-2017

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

Bogotá, Diciembre 23 de 2019

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Luis Alberto Blanquicet Herrera

IDENTIFICADO CON: C.C. X C.E. T.I. N° 73.119.523 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País	Departamento	Municipio
Colombia	Bogota	Bogota

Dirección	Teléfonos
Cl 154a 92 40 int 10 ap 201	3202363597 - 4009856

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Beatriz Elena Ortega Pèrez	42.271.390	Esposa
Katherine Blanquicet Ortega	1.018.486.378	Hija
Carolina Andrea Blanquicet Ortega	1.019.137.736	Hija
Luisa Fernanda Blanquicet Ortega	1.003.909.954	Hija

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	60.000.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	-
TOTAL	$ 60.000.000

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco AV Villas	Ahorros	84813943	Restrepo, Bogota	$ 4.000.000

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Camioneta Dodge Journey	Camionetas Dodge Journey	$ 50.000.000

EMPLEADOR O CONTRATANTE

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
y en su nombre

LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

CONFIERE EL TITULO DE

MÉDICO Y CIRUJANO

A

LUIS ALBERTO BLANQUICET HERRERA

C.C. No. 73.119.523 expedida en Cartagena (Bol.)

POR HABER CUMPLIDO LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS
Y EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA

En la ciudad de Cartagena de Indias, a 30 de julio de 1999

EL DECANO DE LA FACULTAD

EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

EL SECRETARIO DE LA FACULTAD

EL SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

13679

Registrado al Folio No. 98 del Libro de Diplomas No. 19

LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

Cartagena-Colombia

ACTA DE GRADO No. 010

En la ciudad de Cartagena, a los **TREINTA** (**30**) días del mes de **JULIO DE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE (1999)**, se realizó la graduación **COLECTIVA** en ceremonia **SOLEMNE** a solicitud del Decano de la Facultad **DE MEDICINA** a la Rectoría, quien autorizó el acto mediante Resolución No. **1263** de fecha **27 DE JULIO DE 1999** por medio de la cual, otorga, de acuerdo a la Ley y los Estatutos de la Universidad, el título de **MEDICO Y CIRUJANO** al estudiante **LUIS ALBERTO BLANQUICET HERRERA** portador de la cédula de ciudadanía No. **73.119.523** expedida en **CARTAGENA** a quien se le tomó el juramento de rigor y se le hizo entrega del Diploma que lo autoriza para el ejercicio de la profesión de **MEDICO Y CIRUJANO** según las disposiciones vigentes.

Este título es equivalente al de **DOCTOR** que se expedía antes de la promulgación de la Ley 80 de 1.980.

Para constancia de lo expuesto, se firma la presente acta por todos los que en ella intervinieron.

EDWIN MAZA ANAYA
Rector **(E)**

GUSTAVO GONZALEZ GONZALEZ
Decano

CARLOS TORRES BUSTILLO
El Secretario General

14784

THOMAS GREG & SONS

El ministerio de Educación Nacional y en su Nombre
ENTIDAD: INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS DE COLOMBIA
INABTEC – RESCUE
No de Registro Cámara de Comercio de Bogotá: S0043796 del 24 de Enero 2013
NIT 1019.021.425-7

CERTIFICADO DEL CURSO TALLER:

Por medio de la presente acta confiere y la certificación de participación del curso taller de
CURSO DE SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)
Bajo la presente Resolución 2003 del 2014decretada por el ministerio de protección social y de salud; y dando cumplimiento al decreto 4904 del 2005 y la ley 115 de 1994.

CONFIERE A:

LUIS ALBERTO BLANQUICET HERRERA

IDENTIFICADO(A) CON C.C: 73.119.523 EXPEDIDA EN: CARTAGENA (BOLIVAR).
Según guías P.H.T.L.S, normas A.H.A 2015 Y código nacional de tránsito.
Con una intensidad de 48 horas teórico –practico
Por haber cursado y aprobado los estudios y los exámenes correspondientes al curso taller y las normas vigentes según la resolución 1043 y la nueva reforma del ministerio de protección y ministerio de salud por la resolución 2003 del 2014

Christian M. Quintero A.
INSTRUCTOR Y DIRECTOR

Leydi Johana Laverde Cartagena
CORDINADOR(A) CURSOS
TALENTO HUMANO

JAIRO MANCIPE
INSTRUCTOR GUIA

ACTA No: 0004-02-2016
Libro de actas de Cursos y Talleres No: 003

Fecha de Expedición: 26 de febrero de 2016
Fecha de vencimiento: 26 de febrero de 2018

El ministerio de Educación Nacional y en su Nombre
ENTIDAD: INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS DE COLOMBIA
INABTEC – RESCUE
No de Registro Cámara de Comercio de Bogotá: S0043796 del 24 de Enero 2013
NIT 1019.021.425-7

CERTIFICADO DEL CURSO TALLER:

Por medio de la presente acta confiere y la certificación de participación del curso taller de
CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO (SVB/BLS)

Bajo la presente Resolución 2003 del 2014decretada por el ministerio de protección social y de salud; y dando cumplimiento al decreto 4904 del 2005 y la ley 115 de 1994.

CONFIERE A:

LUIS ALBERTO BLANQUICET HERRERA

IDENTIFICADO(A) CON C.C: 73.119.523 EXPEDIDA EN: CARTAGENA (BOLIVAR).
Según guías P.H.T.L.S, normas A.H.A 2015 Y código nacional de tránsito.
Con una intensidad de 48 horas teórico –practico

Por haber cursado y aprobado los estudios y los exámenes correspondientes al curso taller y las normas vigentes según la resolución 1043 y la nueva reforma del ministerio de protección y ministerio de salud por la resolución 2003 del 2014

Christian M. Quintero A.
INSTRUCTOR Y DIRECTOR

Leydi Johana Laverde Cartagena
CORDINADOR(A) CURSOS
TALENTO HUMANO

JAIRO MANCIPE
INSTRUCTOR GUIA

ACTA No: 0004-02-2016
Libro de actas de Cursos y Talleres No: 003

Fecha de Expedición: 26 de febrero de 2016
Fecha de vencimiento: 26 de febrero de 2018

LEALTAD, CIVISMO Y FIRMEZA"
SOCORRISMO Y RESCATE VOLUNTARIADO
inabtecsocorrismocolombia@gmail.comtel 3184624693 Seccional Bogotá D.C.

Bogotá D.C

Señores:

Universidad de Cartagena

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

Se digitó por errror.
REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Luis Alberto Blanquicet Herrera 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:

Medico y cirujano

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 7311923

Tarjeta profesional No: 25248/2000

Dirección de contacto: cl 15 A 92 40 int 10 Ap 201

Teléfono: 3202363597

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **73.119.523**

BLANQUICET HERRERA

APELLIDOS

LUIS ALBERTO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-ENE-1966**

SANTA CATALINA
(BOLIVAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.85	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

25-JUL-1984 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00794496-M-0073119523-20160226 0048677346A 1 1243790004

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: 14438781961

(415)7707212489984(8020) 000001443878196 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
73119523	9	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	73119523	19840725

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Bolívar 13	Cartagena 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BLANQUICET	HERRERA	LUIS	ALBERTO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CL 154 A 40 I N 10 A P 201

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
lualblaher@gmail.com		3202363597	

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
0010	19990901	8621	19991201				

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
	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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: 2017 11 21

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: BLANQUICET HERRERA LUIS ALBERTO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 11-01-2018
Hora: 9:11:29 AM

CONTRIBUYENTE NIT 73119523-9 LUIS ALBERTO BLANQUICET HERRERA

Información General

Dirección CL 154A 92 40 IN 10 AP 201

Teléfonos 3202363597

Dirección electrónica LUALBLAHER@HOTMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 11/12/2012

Soporte Inscripción 15008991

Fecha Inicio Actividades 01/12/1999

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86211-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U 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: 18002584810

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.

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

73119523



BLANQUICET HERRERA
LUIS ALBERTO

PERTENECE AL EJERCITO DE

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC 1996	31 - DIC 2006	31 - DIC 2016

PROFESION BACHILLER

FECHA EXPEDICION 10-MAY-2006

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL
DUPLICADO

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
   - Tomar posesión de los empleos públicos o privados
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
   - Registrar título como profesional y ejercer la profesión
   - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
   - Obtener el pasaporte o ingresar a la universidad
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

0961874

TC. ENRIQUE TORRES ARCINIEGAS
Comandante de Zona

DIM. 55

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD

TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro N°

25 2848/2000

Firma Médico

Nombres y Apellidos

LUIS ALBERTO BLANQUICET H.

C.C. o C.E.: C 7311 9523 De: CARTAGENA

CARTAGENA CARTAGENA

Código: 33066/01 Fecha de Expedición: 24/05/200

FIRMA MINISTRO DE SALUD

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD AL DECRETO Nº 1465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1992.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD.

GOBERNACION DE CUNDINAMARCA
SECRETARIA DE SALUD

RESOLUCION NÚMERO 25- 2848 **DEL 2.000**

(11 DIC. 2000)

"Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional "

EL SECRETARIO DE SALUD

En cumplimiento al Decreto Número 1875 de agosto 3 de 1994 expedido por el Ministerio de Salud, según facultad otorgada por el Decreto Número 3134 de 1956.

C O N S I D E R A N D O :

Que **LUIS ALBERTO BLANQUICET HERRERA**, con cédula de ciudadanía No. **73.119.523 de Cartagena (Bol.)**, ha solicitado autorización del ejercicio Profesional como **MEDICO Y CIRUJANO, según TITULO** que le otorgó **LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA, Acta de Grado No. 010, de fecha 30 de julio de 1999.**

Que dicho título se encuentra debidamente registrado **al folio 198 del libro de diplomas No. 19, por la Secretaría de la Universidad, Cartagena de Indias, 30 de julio de 1999.**

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en **LOS ORGANISMOS DE SALUD DE FUQUENE-CHINZAQUE,DEPENDIENTES DE EL HOSPITAL EL SALVADOR DE UBATE, DEL 16 DE SEPTIEMBRE DE 1999 AL 15 DE SEPTIEMBRE DEL 2000.**

R E S U E L V E :

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a **LUIS ALBERTO BLANQUICET HERRERA,** Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. **73.119.523 de Cartagena** para ejercer la profesión de **MEDICO Y CIRUJANO**, en el territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO.- Contra la presente Resolución procede el recurso de reposición de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a los 11 DIC. 2000

OSCAR ALBERTO MAYORGA SUAREZ
Secretario de Salud

PEDRO GILBERTO RAMIREZ MESA
Profesional Especializado Grupo de Talento Humano

OAMS/ PGRM/Luz MeryG

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *	Número de Identificación *
Cédula de Ciudadanía	73119523

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	18 AGO 2012	0241901001	
	2	19 SEP 2012	0241901102	
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	18 AGO 2012	AHB009456	
	2	27 SEP 2012	AHB916039	
	3	26 OCT 2012	AHB009967	
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla	19.	19 DIC 2012	[illegible]	[illegible]
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				
	COPIA SACADA DEL APLICATIVO SDS			

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	LUIS ALBERTO			
Apellidos:	BLANCO HERRERA			
Documento de identidad:	C.C. X	T.I.	Pasaporte	No. 7311983
Fecha de Nacimiento:	Día 23	Mes 01	Año 1966	

El ministerio de Educación Nacional y en su Nombre
ENTIDAD: INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS DE COLOMBIA
INABTEC – RESCUE
No de Registro Cámara de Comercio de Bogotá: S0043796 del 24 de Enero 2013
NIT 1019.021.425-7

CERTIFICADO DEL CURSO TALLER:

Por medio de la presente acta confiere y la certificación de participación del curso taller de
CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO (SVB/BLS)

Bajo la presente Resolución 2003 del 2014decretada por el ministerio de protección social y de salud; y dando cumplimiento al decreto 4904 del 2005 y la ley 115 de 1994.

CONFIERE A:

LUIS ALBERTO BLANQUICET HERRERA

IDENTIFICADO(A) CON C.C: 73.119.523 EXPEDIDA EN: CARTAGENA (BOLIVAR).
Según guías P.H.T.L.S, normas A.H.A 2015 Y código nacional de tránsito.
Con una intensidad de 48 horas teórico –practico

Por haber cursado y aprobado los estudios y los exámenes correspondientes al curso taller y las normas vigentes según la resolución 1043 y la nueva reforma del ministerio de protección y ministerio de salud por la resolución 2003 del 2014

Christian M. Quintero A.
INSTRUCTOR Y DIRECTOR

Leydi Johana Laverde Cartagena
CORDINADOR(A) CURSOS
TALENTO HUMANO

JAIRO MANCIPE
INSTRUCTOR GUIA

ACTA No: 0004-02-2016
Libro de actas de Cursos y Talleres No: 003

Fecha de Expedición: 26 de febrero de 2016
Fecha de vencimiento: 26 de febrero de 2018

LEALTAD, CIVISMO Y FIRMEZA"
SOCORRISMO Y RESCATE VOLUNTARIADO
inabtecsocorrismocolombia@gmail.comtel 3184624693 Seccional Bogotá D.C.

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:	2017-11-23	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO	BOGOTA

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	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
BLANQUICET	HERRERA	LUIS	ALBERTO		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	73.119.523	CARTAGENA	1984-07-25
PASAPORTE	OTRO				ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1966-01-23	SANTA CATALINA	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A)	CASADO(A) X DIVORCIADO(A) UNION LIBRE	4	3	3202363597

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CL 154A 92 40, INT 10 AP 201	BOGOTA	BOGOTA D.C.	COLOMBIANO	4009856

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

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ORTEGA	PEREZ	BEATRIZ	ELENA

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	42.271.390	EL CARMEN DE BOLIVAR		
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X NO	NACIONALIDAD:	COLOMBIANA

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					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI X	IVA	SI	NO		0010	8621
	NO	ICA	SI	NO		PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:

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

Scanned by CamScanner

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 ☒	SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA								# NIT	900.959.051
GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	AUD ☒							
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐		
OTRA ☒	CUAL: SERVICIOS DE SALUD								

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CR 5 33A45	2882055	BOGOTA	BOGOTA D.C.	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	MEDICO DE URGENCIAS	FECHA VINCULACION	2012-12-26

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		GASTOS FAMILIARES	$ 2.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$ 5.000.000	ARRIENDOS	$ 800.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	$ 8.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	$ 1.200.000	VEHICULOS	$ 50.000.000	DEUDA VEHICULOS	$ 46.000.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 1.000.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**$ 5.000.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 5.000.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 50.000.000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 54.000.000**

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 Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MENDOZA	ALDANA	NEIL	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
	BOGOTA		3106093173

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO AV-VILLAS	CUENTA DE AHORROS	034813943	RESTREPO-BOGOTA	

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 ☐ OTRO ☐ 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.):

PRESTADOR DE SERVICIOS COMO MEDICO EN URGENCIAS

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 ilicitas 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.

Scanned by CamScanner

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) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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, 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 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.

Scanned by CamScanner

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

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:		

Scanned by CamScanner

Bogotá, Noviembre 23 de 2017

Señor:
BLANQUICET HERRERA LUIS ALBERTO
CC. 73119523 CL 154A 92 40 - 0
Ciudad

Ref: F370-RVA. 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 Agosto 4 de 2008. 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
BLANQUICET ORTEGA LUISA FERNANDA	1003909954	T	Ago-4-2008	373	26	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE		Mora Mes 1 Independiente (Sin Servicio)	Ninguna
BLANQUICET ORTEGA KATHERINE	1018486378	C	Ago-4-2008	373	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE		Mora Mes 1 Independiente (Sin Servicio)	Ninguna
BLANQUICET ORTEGA CAROLINA ANDREA	1019137736	C	Ago-4-2008	373	26	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	VIGENTE		Mora Mes 1 Independiente (Sin Servicio)	Ninguna
ORTEGA PEREZ BEATRIZ ELENA	42271390	C	Ago-4-2008	373	26	CONYUGE	VIGENTE		Mora Mes 1 Independiente (Sin Servicio)	Ninguna
BLANQUICET HERRERA LUIS ALBERTO	73119523	C	Ago-4-2008	373	26	COTIZANTE	VIGENTE		Mora Mes 1 Independiente (Sin Servicio)	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
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO TALENTUM EN LIQUID	73119523	Cooperados o Precooperativas de trabajo asociado	CERRADO
DAVITA SAS	73119523	Dependiente	CERRADO
LUIS ALBERTO BLANQUICET HERRERA	73119523	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	VIGENTE
MEDICALL TALENTO HUMANO SAS	73119523	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.

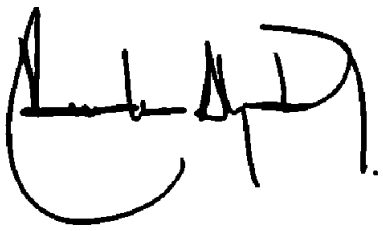
NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro 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

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **LUIS ALBERTO BLANQUICET HERRERA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **73,119,523**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 23 días del mes de Noviembre de 2017.



_____
Gerente de Clientes

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909401, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	73119523	LUIS ALBERTO BLANQUICET HERRERA	SAN CRISTOBAL-ASISTENCIAL CONTRATO	3	2.436%	21/04/2017	30/11/2017	INDEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 20 de Abril del año 2017.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Procuraduría General de la Nación
República de Colombia

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación: Cédula de ciudadanía ▼ Número Identificación: 73119523

¿ Primer color de la bandera de Colombia? amariiio

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) LUIS ALBERTO BLANQUICET HERRERA identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 73119523.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: jueves, noviembre 23, 2017 - Hora de consulta: 10:04:59

Nombres, si los datos del nombre que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic aqui para realizar la actualización según los datos de la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor diríjase a la REGISTRADURÍA más cercana. Mayor información en http://www.registraduria.gov.co/

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inactiva automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA 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 23 de noviembre de 2017, a las 9:54:20, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	73.119.523
Código de Verificación	826618342017

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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

SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1910410

Bogotá D.C., 23 de Noviembre de 2017 - 10:07 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **LUIS ALBERTO BLANQUICET HERRERA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **SETENTA Y TRES MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL QUINIENTOS VEINTITRES** de CARTAGENA

73119523

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 comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 11_SUIWL_0710
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios