



Colombia Compra Eficiente

Confirmación de registro de la entidad

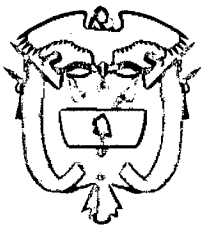
Para actualizar el registro concluya la sesión

Felicitaciones PEDRO ANTONIO AGUIRRE GUTIERREZ

PEDRO ANTONIO AGUIRRE GUTIERREZ con el NIT 75699095 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 >



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.

SIDEAPO
SISTEMA DE INFORMACIÓN ORIENTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO AGUIRRE	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) GUTIERREZ	NOMBRES PEDRO ANTONIO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 79699095	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 79699095 D.M. 13		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 18 MES JUL AÑO 1974 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CARRERA 7 BIS 35B54 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2788029 EMAIL pevalu5@hotmail.com

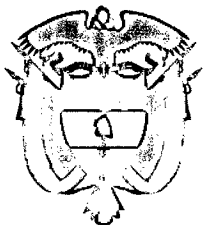
2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1º A 6º DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6º A 11º DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO bachiller	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	☒	MES DICIEMBRE AÑO 1993	



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.

SIDEAPO

SISTEMA DE INFORMACIÓN ESTATAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

3

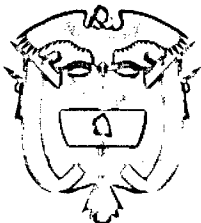
EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN CRISTOBAL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2091480	FECHA DE INGRESO DÍA 26 MES 8 AÑO 2010	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO CONDUCTOR	DEPENDENCIA TRANSPOTER	DIRECCIÓN CALLE 20 SUR 8 58	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SOY SALUD Y VIDA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2067973	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 11 AÑO 2009	FECHA DE RETIRO DÍA 9 MES 5 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO CONDUCTOR	DEPENDENCIA TRANSPORTE	DIRECCIÓN CARRERA 4 ESTE 33 01	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD PANAMERICANA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2018911	FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 11 AÑO 2002	FECHA DE RETIRO DÍA 6 MES 12 AÑO 2004	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE BODEGA	DEPENDENCIA BODEGA	DIRECCIÓN CARRRERA 34 12A 80	



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.

SIDEAPO
SISTEMA DE INFORMACIÓN CENTRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-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
FRUCAMPO		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4116811	DÍA 29 MES 10 AÑO 1998		DÍA 10 MES 12 AÑO 2001
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE BODEGA	BODEGA	CALLE 23 68C90	

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	8	1
PRIVADO	5	8
PARTICULAR	0	0
TOTAL	13	10

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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

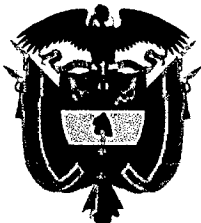
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Pedro Aguirre

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 DEMOGRÁFICA DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

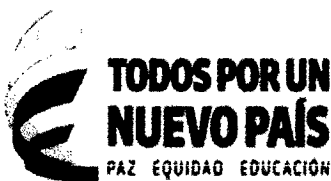


Última Actualización: 13-dic-2018

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



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.

Última Actualización: 13-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, PEDRO ANTONIO AGUIRRE GUTIERREZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 79699095 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CARRRERA 7 BIS 35B54 SUR

Teléfonos 3213098334 2788029

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LAURA VALENTINA AGUIRRE PEÑA	1000623628	HIJO(A)
MICHEL GABRIELA AGUIRRE PEÑA	1028871016	HIJO(A)

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 600.000,00
HONORARIOS	\$ 16.920.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 17.520.000,00

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
--------------------	----------------	---------------------	-------------------	--------------------

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 13-dic-2018

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
luz marina peña carvajal	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	52443641

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
y en su nombre

el Colegio Interamericano

autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según
Resolución No. 23725 del 10 de diciembre de 1980

Confiere a:

Pedro Antonio Aguirre Gutiérrez.

Identificado con C.E. No. 79'699.095 de Bta.

El Título de

Bachiller Académico

por haber cursado y aprobado los estudios
correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional,
según los planes y programas vigentes.



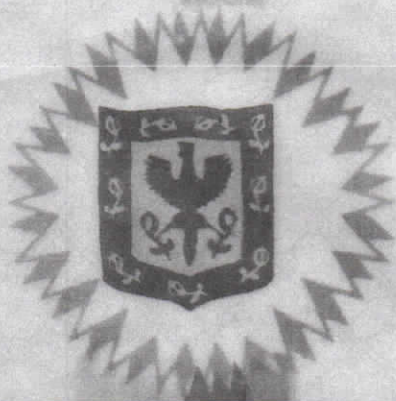
[Firma]

Rector

COLEGIO INTERAMERICANO

[Firma]

Secretario



Dado en *Santiago Bta.* 4 de *Diciembre* de 19*83*

Anotado al Folio..... Libro de Registro No.....



COLEGIO INTERAMERICANO

FUNDEOMS

Construyendo en Cristo Jesús Nuestra Autonomía

Ultima Aprobación Oficial para las Secciones Preescolar, Primaria y Bachillerato
Resolución N° 7528 del 20 de Noviembre de 1998

CERTIFICADO No. 022

JORNADA NOCTURNA

El (la) Rector(a) y Secretario(a) del **COLEGIO INTERAMERICANO**, Aprobado hasta Nueva Visita, Grados 6° a 11° de Bachillerato por Resolución No. 23725 del 10 de Diciembre de 1980, emanada del Ministerio de Educación Nacional, de propiedad de la Fundación Educativa para Colombia de la OMS (FUNDEOMS)

CERTIFICAN:

Que **AGUIRRE GUTIERREZ PEDRO ANTONIO** identificado con cédula de ciudadanía No. **79.699.095** de **Bogotá**, cursó y aprobó en esta Institución el grado **UNDECIMO** durante el año lectivo **1993** con las siguientes calificaciones:

GRADO UNDECIMO AÑO 1993

GRADO 11°

FOLIO No. 164

MATERIAS

I.H

CALIFICACIONES

Ciencias Nat. y Salud

8

6.4 Seis Cuatro

Matemáticas

4

6.2 Seis Dos

Educación Relig. Y Moral

1

7.9 Siete Nueve

Filosofía

3

6.2 Seis Dos

Ciencias Sociales

3

7.0 Siete Cero

Español y Literatura

3

7.7 Siete Siete

Francés

3

6.3 Seis Tres

Disciplina

-

9.7 Nueve Siete

Conducta

-

10.0 Diez Cero

Promedio

-

6.2 Seis Dos

Se expide en Bogotá, D.C a los veinte (20) días del mes junio de 2006.

COLEGIO
INTERAMERICANO
RECTORIA

Jaime E. Villar Acosta
JAIME EMILIO VILLAR ACOSTA

Rector

C.C. No. 19.496.104 de Bogotá

COLEGIO
INTERAMERICANO
ASECRETARIA

Aide Castellanos Chaparro
AIDE CASTELLANOS CHAPARRO
Secretaria

C. No. 51.753.652 de Bogotá

**LA UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD SAN CRISTOBAL
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

HACE CONSTAR

Que una vez revisados los archivos magnéticos que se encuentran en el área de Contratación, se constata que **PEDRO ANTONIO AGUIRRE GUTIERREZ**, identificado con cedula de ciudadanía N° **79.699.095 de Bogotá**, suscribió con la ESE San Cristóbal las siguientes Órdenes de prestación de servicios, con total autonomía e independencia:

Nº Contrato	Valor	Fecha inicio	Plazo
1052-2010	\$ 5.096.667	26/08/2010	CUATRO (4) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
ADC. 1052	\$ 586.667	15/01/2011	DIECISEIS (16) DIAS
236-2011	\$ 3.405.000	01/02/2011	TRES (3) MESES
ADC. 236	\$ 1.135.000	01/05/2011	UN (1) MES
906-2011	\$ 6.810.000	01/06/2011	SEIS (6) MESES
ADC. 906	\$ 2.270.000	01/12/2011	DOS (2) MESES
272-2012	\$ 6.512.733	08/02/2012	CINCO (05) MESES Y DIECISEIS (16) DÍAS
ADC. 272	\$ 274.633	24/07/2012	SIETE (07) DÍAS
890-2012	2.354.000	01/08/2012	DOS (02) MESES
ADC. 890	\$ 2.354.000	01/10/2012	DOS (02) MESES
1216-2012	\$ 2.354.000	01/12/2012	DOS (02) MESES
ADC. 1216	\$ 1.177.000	01/02/2013	UN (01) MES
615-2013	\$ 5.885.000	01/03/2013	CINCO (05) MESES
ADC. 615	\$ 1.177.000	01/08/2013	UN (01) MES
1600-2013	\$ 3.654.000	01/09/2013	TRES (03) MESES
2133-2013	\$ 2.436.000	01/12/2013	DOS (02) MESES
ADC. 2133	\$ 1.218.000	01/02/2014	UN (01) MES
409-2014	\$ 2.436.000	01/03/2014	DOS (02) MESES
990-2014	\$ 2.436.000	01/05/2014	DOS (02) MESES
1563-2014	\$ 2.436.000	01/07/2014	DOS (02) MESES
2552-2014	\$ 1.218.000	01/09/2014	UN (01) MES
2971-2014	\$ 1.218.000	01/10/2014	UN (01) MES
4043-2014	\$ 2.436.000	01/11/2014	DOS (02) MESES
105-2015	\$ 1.218.000	01/01/2015	UN (01) MES
915-2015	\$ 2.436.000	01/02/2015	DOS (02) MESES
1502-2015	\$ 5.092.000	01/04/2015	CUATRO (04) MESES
ADC. 1502	\$ 2.546.000	01/08/2015	DOS (02) MESES
2906-2015	\$ 2.546.000	01/10/2015	DOS (02) MESES
3525-2015	\$ 1.273.000	01/12/2015	UN (01) MES
55-2016	\$ 1.273.000	01/01/2016	UN (01) MES

Calle 20 Sur 8ª-58
PBX 2091480
www.esesancristobal.gov.co
Línea Información 195

Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente ESE
Unidad Prestadora de Servicios de Salud
"SAN CRISTÓBAL"

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

Nº Contrato	Valor	Fecha inicio	Plazo
991-2016	\$ 5.092.000	11/02/2016	CUATRO (04) MESES
OBJETO ULTIMO CONTRATO: APOYO Y SOPORTE COMO CONDUCTOR PARA EL AREA DE VIGILANCIA SANITARIA PARA EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LOS PROYECTOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL MARCO DEL CONTRATO FIRMADO CON EL F.F.D.			

Los contratos aquí relacionados, no generan relación Jurídico Laboral entre la Entidad y el Contratista, ni el reconocimiento de Prestaciones sociales, solo la ejecución y Prestación de los servicios contratados

Nota: La información antes relacionada de carácter contractual queda sujeta a las liquidaciones efectuadas o por efectuar, razón por la cual se le sugiere solicitar copia de ellas.

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C. el día 27 de mayo de 2016.

Cordialmente,


Virmary Angela ORTIZ HERRERA
Asesora Jurídica

Elaboró: Armando Copete R-Técnico Área Jurídica



SOY SALUD Y VIDA

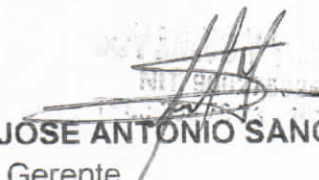
NIT 900.275.625-8

El suscrito Gerente de la Empresa SOY SALUD Y VIDA, E.U.

CERTIFICA QUE:

El Señor **PEDRO ANTONIO AGUIRRE GUTIERREZ**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.699.095 de Bogotá, laboró en esta empresa, desempeñando el Cargo de Comandante de Ambulancia, desde el 02 de Noviembre de 2009 hasta el 01 de Mayo de 2010. El motivo de retiro se debió a renuncia del empleado.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá a los 23 días del mes de Junio de 2010.


JOSE ANTONIO SANCHEZ TORRES
Gerente

Ms.

Carrera 4 A Este No. 33-01 Sur * Tels. 207-8881 206-7973 *
Cel.: 315-2608284 -320-7622672 * soysaludyvida@gmail.com *
Bogotá, D.C. - Colombia

PANAMERICANA

OUTSOURCING S.A.

H A C E M O S C O N S T A R

Que PEDRO ANTONIO AGUIRRE GUTIERREZ .-
identificado con C.C. No. 79,699,095 de BOGOTA D.C.
presta sus servicios a esta Empresa desde el día 06 del mes de
NOVIEMBRE de 2002.
Ocupa en la actualidad el cargo de AUXILIAR LOGISTICA .-
con una asignacion mensual de *TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL PESOS CON
00/100** (BASICO)XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX \$372,000.00
La presente se expide con destino a QUIEN CORRESPONDA.XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX a solicitud del interesado

Bogotá D.C., 06 de DICIEMBRE de 2004

NOTA: EL SEÑOR AGUIRRE GUTIERREZ
TIENE CONTRATO DE TRABAJO A
TERMINO FIJO.

Jairo Tello Florez
JAIRO TELLO FLOREZ
ASISTENTE DE RECURSOS HUMANOS

emoche
1001

\$25.000
381.500
250.000
631.500
40% \$

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.699.095**

AGUIRRE GUTIERREZ

APELLIDOS
PEDRO ANTONIO

NOMBRES

Pedro Antonio Aguirre
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **18-JUL-1974**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

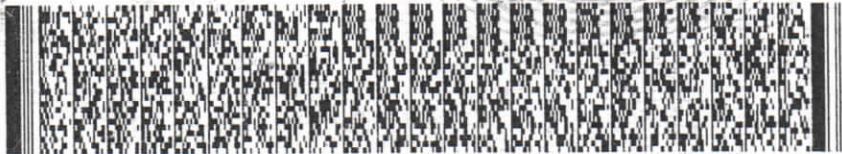
O+
G.S. RH

M
SEXO

23-JUL-1992 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00132664-M-0079699095-20081201 0007324121A 2 1170028048

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14385563461



(415)7707212489984(8020) 000001438556346 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

7 9 6 9 9 0 9 5

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación:

7 9 6 9 9 0 9 5

27. Fecha expedición:

1 9 9 2 0 7 2 3

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

AGUIRRE

32. Segundo apellido

GUTIERREZ

33. Primer nombre

PEDRO

34. Otros nombres

ANTONIO

Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CR 7 BIS 35 B SUR 31

42. Correo electrónico:

pevalu5@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

2 7 8 8 0 2 9

45. Teléfono 2:

3 2 1 3 0 9 8 3 3 4

CLASIFICACION

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

46. Código:

8 6 9 9

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 3 0 1 1 5

48. Código:

4 9 2 1

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 3 0 1 1 5

50. Código:

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:

1 2

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 6 0 8 1 7

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 AGUIRRE GUTIERREZ PEDRO ANTONIO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 79699095-7 PEDRO ANTONIO AGUIRRE GUTIERREZ

Información General

Dirección KR 7 BIS 35B SUR 31

Teléfonos 3213098334 / 2788029

Dirección electrónica pevalu5@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 17/08/2016

Soporte Inscripción 17446776

Fecha Inicio Actividades 15/01/2013

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: 4921-TRANSPORTE DE PASAJEROS

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17001534633


REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
 Tarjeta Reservista Segunda Clase

79699095

PERTENECE AL EJERCITO DE
 1A. LINEA 2A. LINEA 3A. LINEA
 31-DIC. 03 31-DIC. 13 31-DIC. 23

APELLIDOS Y NOMBRES
A GUILERRE GUTIERREZ
PEDRO ANTONIO

PROFESION **BACHILLER**



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

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 e 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 a su lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.


CTE. HECTOR RODRIGUEZ ALVIRA
 COTE. DIM. N° 55

03 MAR 94
 FECHA EXP.

**SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS**

NIT. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4087000-4072406

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐
Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

DATOS DEL PACIENTE

Fecha 12/12/2016 15:12:00 Empresa PARTICULAR

Nombre PEDRO ANTONIO AGUIRRE GUTIERREZ

Cargo CONDUCTOR

Doc. Identidad CC 79699095

**SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS**

1 EXAMEN DE INGRESO	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA FALTA INFORMACION	EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para el cargo	☒	☐	☐	Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	☐	☐
Aplazado	☐	☐	☐	Requiere de restricción de actividades	☐	☐
Aplazado con restricciones	☐	☐	☐	Requiere de reubicación laboral temporal	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐	☐	Requiere reubicación laboral permanente	☐	☐
Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐	☐	Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	☐	☐	☐	Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐
Apto para participar en la brigada	☐	☐	☐	EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Apto para el requerimiento del cargo empresa o contratista	☐	☐	☐	Sospecha de enfermedad Profesional	☐	☐
				Secuelas de Accidentes de Trabajo	☐	☐
				Enfermedad Común	☐	☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICAVisual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐REMISIÓN SI ☐ NO ☒ ARL SI ☐ NO ☐ EPS SI ☐ NO ☐

CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES Y TRABAJO SEGURO, HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA, PAUSAS ACTIVAS DE REMEDIAS PARA EVITAR TRAUMA ACUMULATIVO, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL SEGÚN LABOR. HABITOS DE VIDA SALUDABLE: ACTIVIDAD DEPORTIVA 40 MIN TRES VECES POR SEMANA, DIETA BALANCEADA. USO DE MEDIAS DE ELASTOCOMRESION MEDIANA. USO DE PROTECCION VISUAL UVA Y UVB. CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL.

Diana Paola Melo Muñoz
Médico
Salud Ocupacional
Res. 13443/12

DIANA PAOLA MELO MUÑOZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD
OCUPACIONAL

CC: 66847181 RM: RES 13443/12

Trabajador: PEDRO ANTONIO AGUIRRE
CC: 79699095

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19 Teléfono: 4087000-4072406

Email: avancesoftware.com

Captura Biométrica



SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4087000-4072406

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

CAPACITACION EN RIESGOS LABORALES Y TRABAJO SEGURO, HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA, PAUSAS ACTIVAS DE EXTREMIDADES PARA EVITAR TRAUMA ACUMULATIVO. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION INDIVIDUAL SEGÚN LABOR. HABITOS DE VIDA SALUDABLE: ACTIVIDAD DEPORTIVA 40 MIN TRES VECES POR SEMANA, DIETA BALANCEADA. USO DE MEDIAS DE ELASTOCOMRESION MEDIANA. USO DE PROTECCION VISUAL UVA Y UVB. CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Diana Paola Melo Muñoz
Médico
Salud Ocupacional
Res. 13443/12

DIANA PAOLA MELO MUÑOZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD
OCUPACIONAL
CC: 66847181 RM: RES 13443/12

Trabajador: PEDRO ANTONIO AGUIRRE
CC: 79699095

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19 Teléfono: 4087000-4072406
Email: avancesoftware.com

Captura Biométrica



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 79699095

Libertad y Orden

NOMBRE

PEDRO ANTONIO AGUIRRE GUTIERREZ

FECHA DE NACIMIENTO

18-07-1974

SANGRE-RH

O+

FECHA DE EXPEDICIÓN

11-02-2014

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

SDM - BCGOTA D.C.

CATEGORIAS AUTORIZADAS			
CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
A2	MOTOCICLETA Y MOTOTRICICLO DE CUALQUIER CLINDRAJE	10-01-2022	PARTICULAR
B2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	11-02-2024	PARTICULAR
C2	AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS	11-02-2017	PUBLICO





ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC03000805821

Consulta / Estado de Cuenta En Linea

Federación Colombiana De Municipios - Simit

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

El (la) señor(a) identificado(a) con Cedula No. **79699095 (SIETE NUEVE SEIS NUEVE NUEVE CERO NUEVE CINCO)**, no posee a la fecha pendientes de pago registrados en Simit por concepto de Multas y Sanciones por Infracciones de Tránsito, en los Organismos de Tránsito conectados al sistema.

Expedición: 13 de Diciembre de 2018 a las 19:15

Nota: Este documento es válido durante la fecha de expedición

anterior 



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

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

CÓDIGO: ES-CA-PE-011
VERSION: 02
FECHA: 2017-08-23

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: 14-12-2018 CIUDAD: BOGOTÁ DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

PROVEEDOR _____ PARTICULAR _____ CONTRATISTA OPS ☒ SERVIDOR PÚBLICO _____ OTRO _____ CUAL: _____

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: AGUIRRE SEGUNDO APELLIDO: GUTIERREZ PRIMER NOMBRE: PEDRO SEGUNDO NOMBRE: ANTONIO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☒ C.E. _____ R.C. _____ NUIP _____ No IDENTIFICACIÓN: 79699095 LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): BOGOTÁ FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): 1992-07-23

PASAPORTE: _____ OTRO: _____ CUAL: _____ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI _____ NO _____

FECHA NACIMIENTO: 18-07-1974 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): BOGOTÁ PAÍS NACIMIENTO: COLOMBIA NACIONALIDAD: COLOMBIANO

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) _____ CASADO(A) _____ DIVORCIADO(A) _____ UNIÓN LIBRE ☒ VIUDO(A) _____ PERSONA A CARGO: 3 NÚMERO DE HIJOS: 2 TELEFONO CELULAR: 3213098334

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA

PROFESIÓN / OFICIO: _____ MAGISTER _____ POSGRADO _____ UNIVERSITARIO _____ BACHILLER ☒ PRIMARIA _____ TÉCNICO _____ TECNOLÓGICO _____ OTRO _____ CUAL: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIA: Cra 7 Bis # 35b 54 sur CIUDAD RESIDENCIA: BOGOTÁ DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA PAÍS RESIDENCIA: COLOMBIA TELEFONO RESIDENCIA: 2788029

CORREO ELECTRÓNICO: Pacul5@hotmail.com PORTAL O PÁGINA INTERNET: _____ TIPO DE VIVIENDA: PROPIA _____ FAMILIAR ☒ ARRENDADA _____

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene): _____ CIUDAD: _____ DEPARTAMENTO: _____ PAÍS: _____ TELEFONO/FAX: _____

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: PETA SEGUNDO APELLIDO: CARRAJAL PRIMER NOMBRE: LUZ SEGUNDO NOMBRE: MARINA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: C.C. ☒ C.E. _____ R.C. _____ NUIP _____ NÚMERO IDENTIFICACIÓN: 52443641 LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): BOGOTÁ FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): 1997-02-20

PASAPORTE: _____ OTRO: _____ CUAL: _____ ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO _____ NACIONALIDAD: _____

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO _____ ESTIBANTE ☒ HOGAR _____ PENSIONADO _____ CUAL: _____
SOCIO _____ CONTRATISTA _____ COMERCIANTE _____ EMPLEADO PÚBLICO _____
PROFESIONAL _____ EMPLEADO SECTOR _____ OTRA _____

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA SI _____ NO ☒ IVA SI _____ NO ☒ ICA SI ☒ NO _____ CODIGO CIIU: _____ ACTIVIDAD ECONOMICA: _____ PRINCIPAL: _____ SECUNDARIA: _____

GRAN CONTRIBUYENTE SI _____ NO ☒ AGENTE RETENTOR SI _____ NO ☒ AGENTE AUTORETENEDOR SI _____ NO ☒

<small>Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</small> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. <small>ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO</small> FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		<small>CÓDIGO: ET-CA-FF-001</small> <small>VERSIÓN: 02</small> <small>FECHA: 2017-08-22</small>	
<small>FUNCIONARIO PÚBLICO</small> SI ☐ NO ☒		<small>ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS</small> SI ☐ NO ☒	
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD			
<small>ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA</small> GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒		<small># NIT</small> 9009590517	
<small>EXPORTACIONES</small> ☐ <small>AGRICOLA</small> ☐ <small>ENERGETICA</small> ☐ <small>FINANCIERA</small> ☐ <small>TRANSPORTE</small> ☐ <small>TECNOLOGIA</small> ☐ <small>ALIMENTOS</small> ☐ <small>MEDICAMENTOS</small> ☐			
<small>OTRA</small> ☐ <small>CUAL</small> ☐			
<small>DIRECCION DE LA EMPRESA</small> Dg 34 # 543		<small>TELÉFONO</small> 3444484	
<small>CIUDAD/MUNICIPIO</small> BOGOTÁ		<small>DEPARTAMENTO</small> Cundinamarca	
<small>PAIS</small> Colombia		<small>FECHA VINCULACION</small> 	
<small>CARGO ACTUAL</small> 			
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO			
<small>NÚMERO DE EMPLEADOS</small> 	<small>VENTAS ANUALES</small> 	<small>CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA</small> 	<small>DESCRIPCION ACTIVIDAD</small>
5. INFORMACIÓN FINANCIERA			
<small>INGRESOS MENSUALES</small>		<small>EGRESOS MENSUALES</small>	
<small>SALARIOS</small> 		<small>GASTOS FAMILIARES</small> 800.000	<small>ACTIVOS</small>
<small>COMISIONES</small> 1.398.000		<small>ARRENDOS</small> 600.000	
<small>ARRENDOS</small> 		<small>CUOTA VEHICULO</small> 	<small>PAIVOS</small>
<small>COMISIONES</small> 		<small>CUOTA VIVIENDA</small> 	
<small>OTROS INGRESOS*</small> 		<small>OTROS EGRESOS*</small> 	
<small>TOTAL INGRESOS</small> 1.398.000		<small>TOTAL EGRESOS</small> 1.400.000	
<small>DESCRIPCION OTROS INGRESOS</small> 		<small>DESCRIPCION OTROS EGRESOS</small> 	
6. REFERENCIAS PERSONALES			
<small>[No debe ser familiar, ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en horario laboral]</small>			
<small>PRIMER APELLIDO</small> AMAYA	<small>SEGUNDO APELLIDO</small> BOLIVAR	<small>PRIMER NOMBRE</small> JUAN	<small>SEGUNDO NOMBRE</small> PABLO
<small>DIRECCION</small> Cra 10 # 15 cl Sur	<small>CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS</small> BOGOTÁ	<small>TIPO RELACION</small> AMIGO	<small>TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR</small> 3143052539
7. REFERENCIA FINANCIERA			
<small>NOMBRE ENTIDAD</small> DAU LLENDA	<small>TIPO DE PRODUCTO</small> AHORROS	<small>NÚMERO</small> 8480323560	<small>SUCURSAL</small> 20 Julio
<small>MANEJA LA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐</small>			
<small>NOMBRE ENTIDAD</small> 	<small>TIPO DE PRODUCTO</small> 	<small>NÚMERO</small> 	<small>PAIS/CIUDAD</small>
<small>DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADA</small> 			
<small>IMPORTACION</small> ☐ <small>EXPORTACION</small> ☐ <small>TRANSFERENCIAS</small> ☐ <small>PRESTAMOS</small> ☐ <small>PAGO SERVICIOS</small> ☐ <small>OTRA</small> ☐ <small>CUAL</small> ☐			
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS			
<small>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".</small>			
<small>1. Que los recursos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.)</small> conductor			

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)

3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.

5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuarlas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.

7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de attendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. (Para Comerciantes)

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.

4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

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 Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

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 prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras 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 médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración 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 harán 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

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

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

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 lo 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, teléfono 344 44 84, e-mail surufu@subredcentrooriente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos 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 - ACTUALIZACIÓN 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

Pablo Antonio Aguirre

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) PEDRO ANTONIO AGUIRRE GUTIERREZ identificado(a) con CC 79699095 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 07/12/2002

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO QUIROGA

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 13 días del mes de diciembre del año 2018.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **PEDRO ANTONIO AGUIRRE GUTIERREZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **79,699,095**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO, DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: 14-12-18 CIUDAD: BOGOTÁ DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 2.2.2.2.1. de la Circular Externa No. 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo

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

PROVEEDOR ☐ PARTICULAR ☐ CONTRATISTA OPS ☒ SERVIDOR PÚBLICO ☐ OTRO ☐ CUAL: _____

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
AGUIRRE	GUTIERREZ	PEDRO	ANTONIO
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Nº IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐	79699095	BOGOTÁ	1992-07-23
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐		
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAÍS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
18-07-1994	BOGOTÁ CUNDINAMARCA	COLOMBIA	COLOMBIANO
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☒ VIUDO(A) ☐		3	2
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA			TELÉFONO CELULAR
NACIENTE ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☒ PRIMARIA ☐ TÉCNICO ☐ TECNOLÓGICO ☐ OTRO ☐ CUAL: _____			323098334
DIRECCIÓN RESIDENCIA:		CUIDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:
Cra 7 Bish 35b54 sur		BOGOTÁ	CUNDINAMARCA
CORREO ELECTRÓNICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET	PAÍS RESIDENCIA
Pedro5@hotmail.com			COLOMBIA
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CUIDAD:	DEPARTAMENTO:
		PAÍS:	TELÉFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PETA	CONTRAL	LUZ	MARINA
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐	52443641	BOGOTÁ	1997-02-20
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:

ANALABO ☐	ESTUDIANTE ☒	HOJAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: _____
SECO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PÚBLICO ☐	
PROFESIONAL ☐	EMPLEADO SECO ☐	OTRA ☐		
INFORMACIÓN TRIUJALIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐ NO ☒
		ICA	SI ☒ NO ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒
		CÓDIGOS C.T.U.		ACTIVIDAD ECONÓMICA
		PRINCIPAL: _____		SECUNDARIA: _____

<small>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.</small> <small>ESTRATÉGICO - GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO</small> <small>FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL</small>					<small>CÓDIGO: ESE-CE-001</small> <small>VERSIÓN: 02</small> <small>FECHA: 2017-08-27</small>
<small>ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS</small> ☒ SI ☒ NO		<small>NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA</small> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD			
<small>ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA</small> <small>GOBIERNO</small> ☐ <small>COMERCIAL</small> ☐ <small>SERVICIOS</small> ☒ <small>SALUD</small> ☒		<small>NIT</small> 900939057			
<small>ACTIVIDADES</small> ☐ <small>AGRICOLA</small> ☐ <small>INDUSTRIAL</small> ☐ <small>FINANCIERA</small> ☐ <small>TRANSPORTE</small> ☐ <small>TECNOLOGIA</small> ☐ <small>ALIMENTOS</small> ☐ <small>MEDICAMENTOS</small> ☐					
<small>TELÉFONO</small> Dig 34 # 543 3444484		<small>CUIDADO MUNICIPIO</small> BOGOTÁ		<small>DEPARTAMENTO</small> Cundinamarca <small>PAIS</small> Colombia	
<small>FECHA VINCULACION</small>					
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
<small>NUMERO DE EMPLEADOS</small>	<small>VENTAS ANTERES</small>	<small>CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA</small>	<small>DESCRIPCION ACTIVIDAD</small>	<small>FECHA CONSTITUCION</small>	<small>TIPO SOCIEDAD</small>
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
<small>INGRESOS MENSUALES</small>		<small>EGRESOS MENSUALES</small>		<small>ACTIVOS</small>	
<small>RENTAS</small> 1398.000	<small>GASTOS PAGO IMPUESTOS</small> 600.000	<small>ALICUOTAS</small> 600.000	<small>AHORROS</small>	<small>PASIVOS</small>	
<small>RENTAS</small>	<small>RENTAS</small>	<small>RENTAS</small>	<small>INVERSIONES</small>	<small>SALDO HIPOTECA</small>	
<small>RENTAS</small>	<small>RENTAS</small>	<small>RENTAS</small>	<small>VEHICULOS</small>	<small>TAJUELAS DE CREDITO</small>	
<small>RENTAS</small>	<small>RENTAS</small>	<small>RENTAS</small>	<small>PROPIEDADES</small>	<small>DEUDA VEHICULOS</small>	
<small>RENTAS</small>	<small>RENTAS</small>	<small>RENTAS</small>	<small>OTROS ACTIVOS*</small>	<small>DEUDAS TERCEROS</small>	
<small>TOTAL INGRESOS</small> 1.398.000	<small>TOTAL EGRESOS</small> 1400.000	<small>TOTAL EGRESOS</small>	<small>TOTAL ACTIVOS</small>	<small>TOTAL PASIVOS</small>	
<small>DESCRIPCION OTROS INGRESOS</small>		<small>DESCRIPCION OTROS EGRESOS</small>		<small>DESCRIPCION OTROS ACTIVOS</small>	
6. REFERENCIAS PERSONALES <small>(No debe ser familiar, ni vivir con el Cliente y Contraparte y debe ser legalizable en Ministerio Laboral)</small>					
<small>PRIMER APELLIDO</small> AMAYA		<small>SEGUNDO APELLIDO</small> BOLIVAR		<small>PRIMER NOMBRE</small> JUAN	
<small>INSECCION</small>		<small>CUIDADO/DEPARTAMENTO/PAIS</small> BOGOTÁ		<small>SEGUNDO NOMBRE</small> PABLO	
<small>TIPO RELACION</small>		<small>TIPO RELACION</small> AMIGO		<small>TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR</small> 3143052539	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
<small>NOMBRE ENTIDAD</small> DAU LUENSA		<small>TIPO DE PRODUCTO</small> AHORROS		<small>NUMERO</small> 8420323560	
<small>FECHA REALIZACION OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA</small>		<small>FECHA REALIZACION OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA</small>		<small>FECHA REALIZACION OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA</small> 20 Julio	
<small>NUMERO ENTIDAD</small>		<small>TIPO DE PRODUCTO</small>		<small>NUMERO</small>	
<small>DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADA</small>					
<small>IMPORTACION</small> ☐ <small>EXPORTACION</small> ☐ <small>TRANSFERENCIAS</small> ☐ <small>PRESTAMOS</small> ☐ <small>PAGO SERVICIOS</small> ☐ <small>OTRA</small> ☐ <small>CUAL</small> ☐					
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS					
<small>Quiero suscribir la presente solicitud, otorgando 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 en 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 528 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción"</small>					
<small>1. Que los recursos que otorgo y entregare a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.)</small> construcción					

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 destinarán a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí 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

Asalarinado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.

Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.

Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. **Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.

Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. (Para Comerciantes)

2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.

3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.

4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.

5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)

6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

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 INFORMACION 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 Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo

2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras 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 médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 adelanta gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fnsecolida, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración 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 harán 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. **DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos si lo 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, revisar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

8. **RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA 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, teléfono 344 44 84, e-mail sarluff@subredcentrooriente.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 autorizo, 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

Pablo Antonio Aguirre

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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



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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

79699095

Numero de Documento

Bolivar

ARL

Pedro

Primer Nombre

Antonio

Segundo Nombre

Aguirre

Primer Apellido

Gutierrez

Segundo Apellido

18-07-1974

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogota

Ciudad de Nacimiento

Crr 7B5 #35B Sor

Dirección de Residencia

teléfono fijo

Famisanar

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

1410.000

Honorarios

Conductor

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Correo Electrónico

3213098334

Celular

Pedro Aguirre

Firma del Aduado

Leonor Quintero

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
c.c. 1032437419 Bto

Consultas > Consulta Publica ARL > Afiliación trabajador

CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese **la información solicitada.**

** Campos obligatorios*

Tipo de Documento *

Número de Documento *

**La persona identificada con CC-79699095 tiene
afiliación vigente con la ARL Seguros Bolívar**

a6aym

Confirmar imagen *

14/12/2018





CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119195779



WEB

18:45:05

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 13 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) PEDRO ANTONIO AGUIRRE GUTIERREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79699095:

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.

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 13 de diciembre de 2018, a las 18:37:51, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	79699095
Código de Verificación	79699095181213183751

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA



Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 18:42 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **PEDRO ANTONIO AGUIRRE GUTIERREZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **SETENTA Y NUEVE MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVENTA Y CINCO** de BOGOTÁ D.C.

79699095

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 figuren 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 Jazmín Cabrales Romero

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_DRPU4_4218**
Link de verificación → <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



**POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA**

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:46:48 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 79699095

Apellidos y Nombres: AGUIRRE GUTIERREZ PEDRO ANTONIO

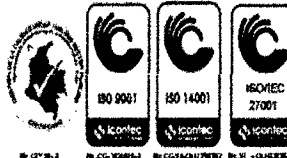
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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



Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao), Bogotá DC
Atención administrativa de lunes
a viernes de 8:00 am - 12:00 pm
y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano -
Bogotá D.C. (571) 5159111 /
9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24
horas
Fax (571) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co.



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

A QUIEN INTERESE

Bogotá
COLOMBIA

2018/12/14

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor PEDRO ANTONIO AGUIRRE GUTIERREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **79699095** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO

Número: **008480323560**
Fecha apertura: **2010/08/19**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA
DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7
AH 170-1Rev 4 - 06