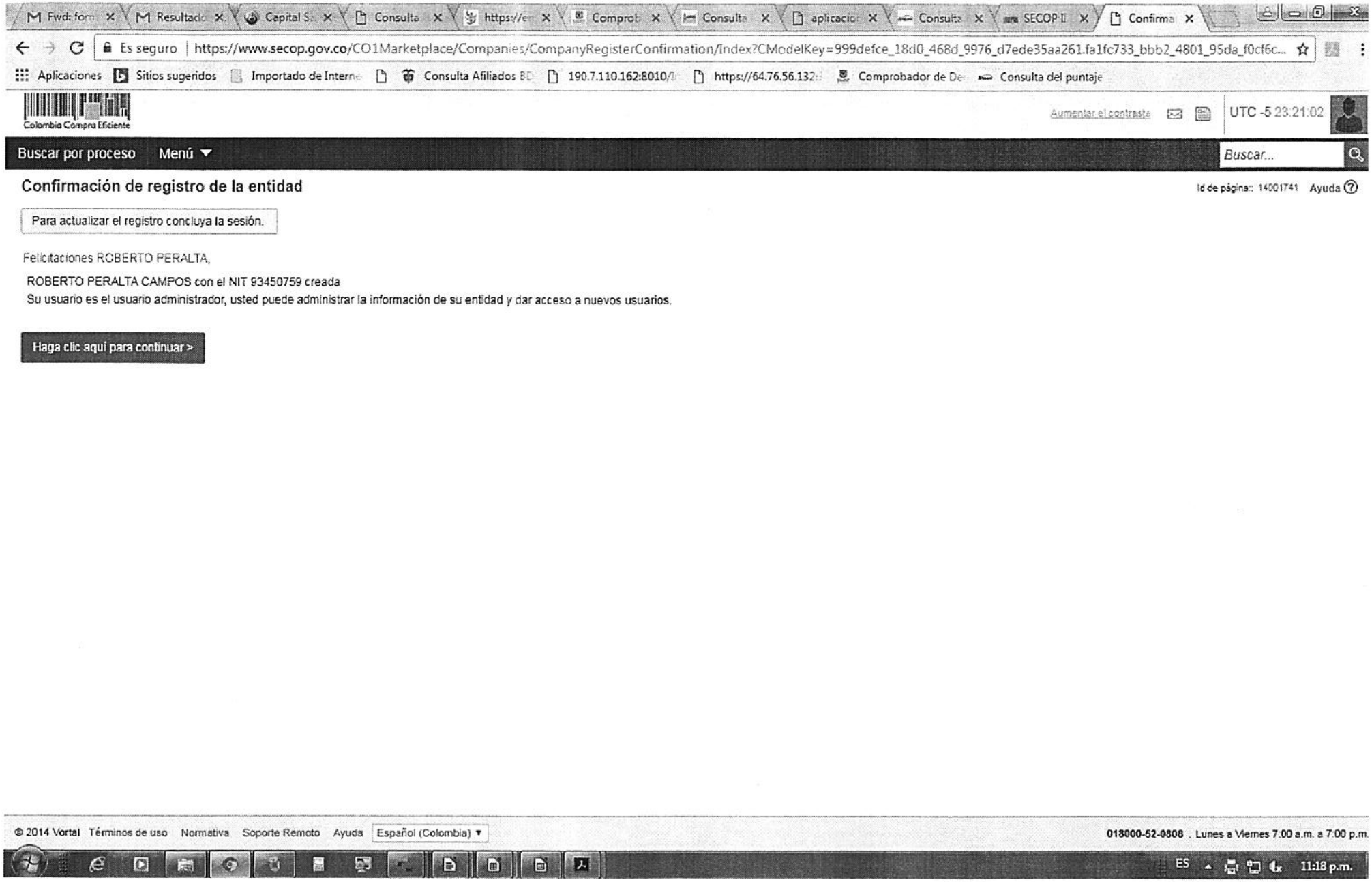

Fwd: form
Resultado
Capital S
Consulta
https://e
Comprob
Consulta
aplicacion
Consulta
SECOP II
Confirma
Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmation/Index?CModelKey=999defce_18d0_468d_9976_d7ede35aa261.fa1fc733_bbb2_4801_95da_f0cf6c...
Aplicaciones
Sitios sugeridos
Importado de Interne
Consulta Afiliados BD
190.7.110.162:8010/
https://64.76.56.132:
Comprobador de De
Consulta del puntaje
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 23:21:02
Buscar por proceso
Menú
Buscar...
Confirmación de registro de la entidad
Id de página:: 14001741
Ayuda
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones ROBERTO PERALTA,
ROBERTO PERALTA CAMPOS con el NIT 93450759 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 >
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808 . Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
ES
11:18 p.m.

Gmail **paula andrea <rpc7516@gmail.com>**

Confirmación de acceso al SECOP

alertas@secop.gov.co <alertas@secop.gov.co> 16 de noviembre de 2017, 2:01

Confirmación de acceso al SECOP II

Colombia Compra Eficiente

Estimado(a) usuario(a):

Colombia Compra Eficiente ha aceptado su solicitud de acceso a los servicios de SECOP II.

Ahora puede acceder al SECOP II utilizando el usuario y contraseña establecidos en el registro.

Para ingresar siga el siguiente enlace:

https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/

(si no puede hacer clic en el enlace cópielo y péguelo en la barra de direcciones de su navegador web).

Mesa de Servicio, Lunes a Viernes 7:00 a.m. - 7:00 p.m. Sábado 8:00 a.m. - 12:00 p.m. Línea Nacional 018000-52-0808 / En Bogotá 745-6788 www.colombiacompra.gov.co/soporte

El recibo de este correo electrónico no lo exime de la responsabilidad de revisar la información del SECOP.

Si no desea recibir este tipo de correos electrónicos debe cambiar su configuración en el SECOP.

Consulte los Términos y Condiciones de Uso del SECOP.

Derechos reservados. SECOP 2017

Por favor, antes de imprimir este correo electrónico verifique si realmente es necesario.

Sistema Electrónico de Contratación Pública

Colombia Compra Eficiente

UTC -5 22:36:24

Buscar por proces | Menú

Buscar...

Escritorio

Id de página:: 14001307 Ayuda



Sugerencias SECOP

Colombia Compra Eficiente no tiene programados a la fecha mantenimientos preventivos al **SECOP II.**

Programe sus actividades en la plataforma con tiempo.



Registro

Bienvenido ROBERO PERALTA CAMPOS,
para comenzar a trabajar con la plataforma SECOP por favor, díganos donde trabaja.

Opciones de registro

- Solicitud de registro como usuario de una Entidad Estatal / Proveedor (envío de solicitud)
- Registro de un Proveedor (creación)

Colombia Compra Eficiente

CONSTANCIA PERSONA NATURAL NO OBLIGADA A LLEVAR CONTABILIDAD

ROBERTO PERALTA CAMPOS, identificado como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de proveedor persona natural, manifiesto que:

1. No tengo la calidad de comerciante.
2. No ejerzo de manera habitual actos de comercio.

En consecuencia, no me encuentro obligado (a) llevar libros de contabilidad de acuerdo con lo contemplado en el artículo 48 del Código de Comercio.

En constancia de lo anterior firmo este documento a los días [15] del mes de [NOVIEMBRE] de [2017]

Roberto Peralta C

Firma del proveedor persona natural no obligado a llevar libros de contabilidad

Nombre: Roberto Peralta C

Documento de Identidad: 93450759.

Tel. (+57 1) 795 6600 • Carrera 7 No. 26 - 20 Piso 17 • Bogotá - Colombia
www.colombiacompra.gov.co

Colombia Compra Eficiente

LISTA DE CONTRATOS DEL PROVEEDOR CON EL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO

Diligencie este formato, guárdelo en formato PDF y cárguelo al SECOP II siguiendo los pasos explicados en el "Manual de Proveedores para el uso del SECOP II".

Código del clasificador de bienes y servicios de las Naciones Unidas	Objeto del contrato	Fecha de inicio	Fecha de terminación	Valor	Contratista (singular o plural)	Contratante (sector público o privado)	Datos de contacto del área de la Entidad Estatal encargada del supervisión del contrato
84111506	APOYO PERSONAL A LA GESTIÓN DEL PROCESO DE FACTURACIÓN. AUTORIZACIONES	1 AGOSTO 2017	VIGENTE	$13.095.000	SINGULAR	PUBLICO	CLAUDIA LORENA GUTIÉRREZ

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: 13-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
PERALTA	CAMPOS	ROBERTO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 93450759

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 93450759 D.M 41

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 16 MES ABR AÑO 1975

PAÍS Colombia

DEPTO Tolima

CIUDAD Chaparral

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 77K 57H-08 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3282828

EMAIL rpc7516@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 AGRICOLA
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1994
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	4	X		TECNICO PROFESIONAL EN PRODUCCION PECUARIA	8	1998	TPPP

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Ingles		X			X			X	

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: 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*
SUBRED SUR OCCIDENTE	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7764038	DIA 1 MES 12 AÑO 2016	DIA 31 MES 7 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
LIQUIDADOR INTEGRAL	FACTURACION	Calle 65 d Sur No. 79C - 90, Bosa Centro

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUDRED CENTRO ORIENTE HOSPITAL SANTA CLARA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	subredcentroorientesantaclara@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2803552	DIA 1 MES 9 AÑO 2016	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUTORIZACIONES	Cra. 14b No. 1 45 sur, Bogota

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SANTA CLARA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	autorizacionessantaclara@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3282828	DIA 1 MES 2 AÑO 2013	DIA 31 MES 8 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	AUTORIZACIONES	CARRERA 14 B 1 41 SUR

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: 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*
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DIA 16 MES 5 AÑO 2011	DIA 3 MES 2 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TECNICO EN AUTORIZACIONES	AUTORIZACIONES	CARRERA 8 N 1 51 SUR

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	7	1
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	7	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

BOGOTA, 13 DICIEMBRE 2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

ROBERTO PERALTA CAMPOS

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 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.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ROBERTO PERALTA CAMPOS
IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 93450759 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CARRERA 77K 57H-08 SUR **Teléfonos** 3193602784 3282828

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
PAULA ANDREA PERALA	1011206792	HIJO(A)
GABIELA PERALTA FERNANDEZ	250251963	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	$ 16.200.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 16.200.000,00

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
BANCO DAVIVIENDA	AHORROS	8400754290	20 DE JULIO	$ 3.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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
NASLY ANDREA SANDOVAL	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	52713704

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

ROBERTO PERALTA CAMPOS

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

El Colegio Departamental Integrado Nacionalizado Salesiano Miguel Unia

Agua de Dios-Cundinamarca

Autorizado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, según Resolución No. 001617 del 18 de Noviembre de 1993

Confiere a:

Roberto Peralta Campos

C.C. 93.450.759 de Chaparral

el Título de:

Bachiller Agrícola

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

Rector

Secretario

Dado en Agua de Dios (Cund.), a 3 de Diciembre de 1994

Visual Láser Ltda.

No requiere Registro, según
Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994

SENA

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

CONFIERE A

ROBERTO PERALTA CAMPOS

C.C. 93.450.759

El Título de

TECNICO PROFESIONAL EN PRODUCCION PECUARIA

FIRMA AUTORIZADA

REGISTRO Y CERTIFICACION

CENTRO DE FORMACION

AGROPECUARIO LA ANGOSTURA

Espinal, Junio 26 de 1998

CIUDAD Y FECHA DE TERMINACION

99116 - Agosto

No. DE REGISTRO Y FECH

SENA

REGIONAL TOLIMA

99116

ACTA DE GRADO

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

CONSIDERANDO

QUE, ROBERTO PERALTA CAMPOS

Identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 93.450.759 de Chaparral

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE ELTITULO DE

TECNICO PROFESIONAL EN PRODUCCION PECUARIA

REGISTRO ICFES No. 11118

EN CONSTANCIA DE LO ANTERIOR SE FIRMA LA PRESENTE EN CAMPOALEGRE A LOS VEINTISIETE (27) DIAS DEL MES DE AGOSTO DE (1999)

SUBDIRECTOR DE FORMACION Y EMPLEO

REGISTRO Y CERTIFICACION

FS-030/ 01-88



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO DEPARTAMENTALINTEGRADO NACIONALIZADO
SALESIANO MIGUEL UNIA
TEL. 983442140
AGUA DE DIOS - CUNDINAMARCA

Inscripción S.E. 003 *Inscripción Dane 12500100239*

En Agua de Dios Cundinamarca, a los tres (3) días del mes de Diciembre de 1994, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del ***COLEGIO DEPARTAMENTAL INTEGRADO NACIONALIZADO SALESIANO MIGUEL UNIA****. Institución aprobada en el nivel de Educación Media Técnica y autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el Título de BACHILLER AGRICOLA; según Resolución No. 001617 del 18 de Noviembre de 1993.*

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica, se procedió a otorgar el Título de ***BACHILLER AGRICOLA****; al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:*

Roberto Peralta Campos
C.C. 93.450.759 de Chaparral (Tolima)

Es fiel copia tomada del Acta Original General No.12 del 3 de Diciembre de 1994, consta de 15 alumnos; comienza con el nombre de MARÍA CECILIA ALBA CANO y termina con el nombre de DAVID FERNANDO VELANDIA SÁNCHEZ. Firmada por ***JOSÉ ANTONIO RODRÍGUEZ ALAYÓN*** *(Rector) y* ***LUIS ALFREDO BELTRAN PARRA*** *(Secretario).*

Dada en Agua de Dios Cundinamarca, a los tres (3) días del mes de Diciembre de 1994.

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.

DUPLICADO DECRETO 180 DE 1981

Dado en Agua de Dios Cundinamarca, a 4 de Junio de 2015.

Pbro. ROBERTO DEVIA RODRIGUEZ. SDB
Rector
C.C. 19.215.643 de Bogotá

LUIS ALFREDO BELTRAN PARRA
Secretario
C.C. 2.964.043 de Arbeláez

VISUAL LASER
3136201 - 5411084

SENA

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

CONFIERE A

ROBERTO PERALTA CAMPOS

C.C. 93.450.759

El Título de

TECNICO PROFESIONAL EN PRODUCCION PECUARIA

FIRMA AUTORIZADA

REGISTRO Y CERTIFICACION

CENTRO DE FORMACION

AGROPECUARIO LA ANGOSTURA

Espinal, Junio 26 de 1998

CIUDAD Y FECHA DE TERMINACION

99116 - Agosto 1

No. DE REGISTRO Y FECHA

PF e l

Bogotá D.C

Señores:

COLEGIO DEPARTAMENTAL SALESIANO MIGUEL UNIA - SENA
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, ROBERTO PERALTA CAMPOS 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:

BACHILLER AGRÍCOLA ***TÉCNICO PROFESIONAL EN PRODUCCIÓN PECUARIA
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Roberto Peralta C.

No. de documento: 93450759

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: CRA 77 K N 57 H – 08 SUR

Teléfono: 3193602784

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Salud
Subred centro oriente E.S.E
Unidad de servicio de salud Santa Clara
Nit900959051-7
OFICINA ASESORIA JURIDICA

CERTIFICA

Que revisados los archivos de esta dependencia se constató que **ROBERTO PERALTA CAMPOS**, identificado con cédula de ciudadania **93.450.759**, ha suscrito Órdenes de Prestación de Servicios con la Unidad Prestadora de Servicios de Salud Santa Clara de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.SE. Así:

AS 899 2013	del	01 de febrero al 30 de abril de 2013
AS 1109 2013	del	01 al 31 de mayo de 2013
AS 1310 2013	del	01 al 30 de junio 2013
AS 1656 2013	del	01 de julio al 31 de agosto de 2013
AS 2942 2013	del	03 de septiembre al 31 de octubre de 2013
AS 4838 2013	del	20 de noviembre al 31 de diciembre 2013
AS 0451 2014	del	01 de enero al 31 de mayo 2014
AS 2018 2014	del	03 de junio al 31 de agosto 2014
AS 3420 2014	del	01 septiembre al 31 de octubre 2014
AS 4501 2014	del	01 al 30 de noviembre 2014
AS 5402 2014	del	30 al 31 de diciembre 2014
AS 0572 2015	del	02 de enero al 31 de agosto 2015
AS 2474 2015	del	07 de septiembre al 30 de noviembre 2015
AS 4235 2015	del	01 al 31 de diciembre de 2015
AS 0607 2016	del	01 de enero al 31 de agosto de 2016
AS 0840 2016	del	01 de septiembre al 31 agosto 2017

Con contrato actual AS 0840 2016, plazo de ejecución del 01 de septiembre al 31 de Agosto de 2017, por prorroga en tiempo y subrogación de derechos y obligaciones a la subred Centro Oriente, honorarios promedio mensuales ($1.578.940) y cuyo objeto es APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES PARA EL PROCESO EN AUTORIZACIONES.

Se expide la presente certificación a los treinta (30) dias del mes de septiembre dos mil dieciséis (2016) a solicitud del interesado.

GISELLE INGRID PAVA ARIAS
Jefe Oficina Asesora Juridica

		ELABORO	
FIRMA			
NOMBRE		Leidy Velandia Bustamante	
CARGO		Profesional Talento Humano	

EL SUSCRITO GERENTE GENERAL DE LA
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PARA LA SALUD
COOP. INTRASALUD C.T.A

CERTIFICA:

Que el Sr. (a), PERALTA CAMPOS ROBERTO, identificado(a) con cédula de ciudadania No.93450759, estuvo afiliado(a) como asociado(a) a COOP.INTRASALUD C.T.A., como Trabajador Asociado, desempeñó el cargo de TECNICO EN AUTORIZACIONES, del 19/05/2011, al 30/12/2012, bajo la modalidad de Acto Cooperativo, actividad que realizó en el HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA.

La presente certificación se expide con destino al interesado, a los 30 días del mes de Diciembre de 2012.

COOP. INTRASALUD
NIT. 830100735 - 5

PEDRO NEL URUEÑA SUAREZ

Elaboró: STELLA M CESPEDES M.

Para su confirmación favor, comunicarse con la línea de atención y solicitud de certificaciones laborales: 3-466182

Carrera 45 A No. 135-51 PBX: [illegible] Fax: [illegible]
E-mail [illegible]
Bogotá - Colombia

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 93450759

PERALTA CAMPOS
APELLIDOS

ROBERTO
NOMBRES

ROBERTO PERALTA
CAMPOS

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-ABR-1975
CHAPARRAL
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

17-AGO-1993 CHAPARRAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500108-45090452-M-0093450759-20010907 01634 01247A 02 099482714

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14399607063

(415)7707212489984(8020) 000001439960706 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
9 3 4 5 0 7 5 9	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	9 3 4 5 0 7 5 9	1 9 9 3 0 8 1 7

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Tolima 7 3	Chaparral 1 6 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PERALTA	CAMPOS	ROBERTO	

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 77 K 57 H 08 SUR

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
rpc7516@gmail.com		7 8 0 4 1 9 2	3 0 0 5 4 7 2 0 8 1

CLASIFICACION

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2 0 1 7 0 1 0 6

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: PERALTA CAMPOS ROBERTO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 18-04-2017 05:22:11PM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

Fecha: 19-08-2016
Hora: 12:56:29 PM

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE CC 93450759 ROBERTO PERALTA CAMPOS

Información General

Dirección KR 77 K 57 H 08 SUR

Teléfonos 3005472081
Dirección electrónica rpc7516@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 19/08/2016
Soporte Inscripción 7599306
Fecha Inicio Actividades 01/02/2013
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
 # Establecimientos: 1

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8211-ACTIVIDADES COMBINADAS DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE OFICINA
Actividad 2: -
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001069584

ESTABLECIMIENTOS

Número Radicación	7599306	*Nombre Establecimiento*	LONDONET.COM
Fecha Radicado	19/08/2016	*Dirección*	CL 58 BIS 78 B 03
Fecha Inicio	24/07/2006		
Estado	Activo	*Teléfono*	7804192

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
EJERCITO NACIONAL

CEDULA MILITAR
OFICIAL DE RESERVA

93450759

GRADO: SUBTENIENTE

APELLIDOS Y NOMBRES:
PERALTA CAMPOS
ROBERTO



"INSTRUCCIONES ESPECIALES"
"ESTA CEDULA REEMPLAZA LA TARJETA DE RESERVISTA"

FECHA NACIMIENTO: 16-ABR-75
ARMA O SERVICIO: INGENIEROS
DECRETO ASCENSO: 0635 27-NOV-95
FECHA EXPEDICION: 29-NOV-95

DUPLICADO

BG. ORLANDO SALAZAR GIL
DIRECTOR RECLUTAMIENTO EJERCITO

VALORACIÓN POR OPTÓMETRA PARA FORMULACIÓN VISUAL

Ingreso: X Periódico: ☐ Retiro: ☐ Otros: Fecha: 20 Abril 2-18

Identificación del Evaluado

Nombre: Roberto Peralta

C.I.: 93450709 Edad: 40 años Sexo: M X F ☐

Información Ocupacional

Empresa: Hospital Santa Clara

Cargo: Auxiliar Administrativo

Dependencia: Autorizaciones Condiciones visuales de trabajo:

Factores de riesgo No ☐ Si X Cuales: Exigencias visuales Utiliza protección: No X Si ☐ Cual?

Exigencia visual del oficio: Lejana: 20/30 Cercana: 20/30 Otras exigencias:

Antecedentes oculares y de la función visual

Ha tenido examen visual anteriormente No ☐ Si X Fecha: 1 año ¿Le han formulado lentes? No X Si ☐

Usa lentes actualmente? No X Si ☐ Permanentes ☐ Para lejos ☐ Para cerca ☐ Ocasionales ☐ Bifocales ☐ Progresivos ☐ De contacto ☐

Último cambio de lentes: Lensometria: OD: OI: ADD:

Hallazgos o alteraciones: No X Si ☐ Cual?:

Cirugías: No ☐ Si ☐ Cual?: Fecha:

Sintomatología actual

Ninguna X Epifora ☐ Fotofobia ☐ Ardor ☐ Salto de renglones ☐ Cansancio ☐ Cefalea ☐ Dolor ☐ Prúrito ☐ Ojo rojo ☐ Visión borrosa VL ☐ VP ☐

Examen Visual:

Agudeza Visual Lejana			Agudeza Visual Cercana			PH
OD (SC) 20/20	OD (SC) 20/20	OI (SC) 20/20	AO (SC) 0.5M	OD (SC) 0.50M	OI (SC) 0.50M	OD
OD (CC)	OD (CC)	OI (CC)	AO (CC)	OD (SC)	OI (SC)	OI

Examen externo: Normal X Anormal ☐ Hallazgos

Estado Motor: Exoforia PPC 2 cm

Visión Cromática: Normal X Anormal: ☐ Estereopsis: Normal X Anormal ☐ 20 segundos

Oftalmoscopia:	Ojo Derecho: Aparentemente Normal X Anormal: ☐	Hallazgos:	
	Ojo Izquierdo: Aparentemente Normal X Anormal: ☐	Hallazgos:	
Retinoscopía:	Ojo Derecho:	AV	Ojo Izquierdo: AV
Objetivo:	Ojo Derecho: Neuro	AV	Ojo Izquierdo: N -0.5 x 0° 20/20

Conducta a seguir

Se formula: No necesita X Fórmula completa ☐ Se formula: Nueva ☐ Cambio ☐

Remisión: No X Si ☐ Cual?:

Fórmula Final: Total ☐ Parcial ☐ Distancia Pupilar

Ojo Derecho: Ojo Izquierdo:

Adición: Tipo de Lente: Uso:

Concepto

Impresión diagnóstica: Emetropía OD leve astigmatismo OI

Control: Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐

Roberto Peralta C.

Firma del Evaluado

Firma y Sello del Examinador

QUALITY HEALTH SYSTEMS S.A.S.

Nit: 900545698-4

"Servimos con calidad y sentido humano"

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

LUGAR: Bogotá		FECHA: 20 Abril / 2015	HORA:
EMPRESA: Hospital Santa Clara			CARGO: Aux Administrativo
IDENTIFICACION 80070188			
PRIMER APELLIDO: Peralta	SEGUNDO APELLIDO: Campos		NOMBRES: Roberto
C.C. Nº: 79456059	LUGAR Chiparral	EDAD 39	SEXO M
DIRECCION: Cra 24 N 51 II 09	TELEFONO:	CELULAR: 3008512161	

TIPO DE EXAMEN Marque con una (x)

INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO		CUALES:	
REUBICACION		REINTEGRO		OTROS			

EXAMENES REALIZADOS, Marcar con una (X)

EMO INGRESO	X	VISIOMETRIA		F. RENAL		F. GARGANTA	
AUDIOMETRIA		PERFIL LIPIDICO		C. HEMATICO		OTROS:	
ESPIROMETRIA		GLICEMIA		COPROLOGICO			
RX TORAX		C.HEMATICO		KOH UÑAS			

RECOMENDACIONES

HIGIENE POSTURAL	X	PVE EN LOS QUE REQUIEREN INGRESAR	OTRAS RECOMENDACIONES
PAUSAS ACTIVAS	X	1	1
HABITOS DE VIDA SALUDABLE	X	2	2

CONCEPTO DE APTITUD. Marcar con una (X)

APTO PARA LABORAR SIN PATOLOGIAS	SI	NO
APTO PARA LABORAR CON PATOLOGIAS QUE NO AFECTAN LA LABOR	SI	NO
PRESENTA PATOLOGIAS INCOMPATIBLES CON SUS FUNCIONES	SI	NO
PACIENTE APLAZADO	SI	NO
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS	SI	NO
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS	SI	NO
APTO PARA TRABAJO ESPECIALIZADO	SI	NO

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Roberto Peralta C.		EDGAR A. PINILLA R. Medicina Laboral Gerencia en Salud Ocupacional Registro 3650/14
Firma y Cedula del Trabajador:	HUELLA	Firma y sello del Profesional:

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

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

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

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

FECHA:	2018-12-13	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	X	OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
PERALTA	CAMPOS	ROBERTO			

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	93450759	CHAPARRAL	1993-08-17
PASAPORTE	OTRO				ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1975-04-16	CHAPARRAL	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A)	CASADO(A)	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE X		3	2	3193602784

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CARRERA 77 K 57H-08 SUR	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANO	3193602784

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
rpc7516@gmail.com		PROPIA X	FAMILIAR	ARRENDADA

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SALDOVAL	RUBIANO	NASLY	ANDREA

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
X	C.E.	R.C.	NUIP	52713704	BOGOTA	1999-08-13
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO	NACIONALIDAD:

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

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

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI [X] NO [ ]	SI [ ] NO [X]	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE UNIDAD SANTA CLARA

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		# NIT	

GOBIERNO [ ] SERVICIOS [X] SALUD [ ]
EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA [ ] TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA [ ] ALIMENTOS [ ] MEDICAMENTOS [ ]
OTRA [ ] CUAL: [X]

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CARRERA 14 B 1 -45 SUR	2803552	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	FECHA VINCULACION	2013-02-01

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	$ 1.410.000	GASTOS FAMILIARES	$ 500.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	$ 60.000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	$ 9.000.000
TOTAL INGRESOS	$ 1.410.000	TOTAL EGRESOS	$ 500.000	TOTAL ACTIVOS	$ 60.000.000	TOTAL PASIVOS	$ 9.000.000

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
CAMPOS	DIAZ	DUBY	INES
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CARRREA 77 K 57 H -08 SUR	BOGOTA/CUNDINAMARCA/COLOMBIA	FAMILIAR	3203133030

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	8400754290	VEINTE DE JULIO	3686868

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [X]

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIAS [ ] PRESTAMOS [ ] SERVICIOS [ ] OTRA [ ] CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita 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. Asi mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) 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 articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciais, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

Roberto Perilla Campos

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:		

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
COMPENSAR EPS

Nit. 860.066.942-7
Certifica

Que el(la) señor(a) ROBERTO PERALTA CAMPOS identificado(a) con cédula de ciudadanía 93.450.759, se encuentra Afiliado en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro
20130302	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud de (el) (la) interesado(a), a los 12 días del mes de Diciembre de 2.018.
Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN INTERES

Información sujeta a verificación por parte de Compensar EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

Compensar EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

CER-AF-0935630

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **PERALTA CAMPOS ROBERTO** identificado(a) con **CC** número **93.450.759** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 04 de diciembre de 1998 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 13 de diciembre de 2018.

Cordialmente,

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

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

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

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 1505666909403, 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	93450759	ROBERTO PERALTA CAMPOS	SANTA CLARA-ADMINISTRATIVO	1	0.522%	01/09/2016		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 12 de Diciembre del año 2018.

Type your text

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119171543

WEB
12:23:02

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) ROBERTO PERALTA CAMPOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 93450759:

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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 13 de diciembre de 2018, a las 12:25:10, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	93450759
Código de Verificación	93450759181213122510

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2609470

Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 12:27 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) **ROBERTO PERALTA CAMPOS**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **NOVENTA Y TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE** de CHAPARRAL

93450759

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_PXCA9_2712
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 12:28:33 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **93450759**
Apellidos y Nombres: **PERALTA CAMPOS ROBERTO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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 QUIÉN INTERESE

CUMACA,
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
A quién interese

14/11/2017

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ROBERTO PERALTA CAMPOS** con **Cédula de Ciudadanía** número **93450759**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550008400754290**
Saldo a la fecha	**$4.310,00 Pesos**
Fecha de apertura	**07/09/2016**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA