11228

Crear-ID.com | 821 9115

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

**ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA**

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERO

**CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY**

C.C. 1.030.650.920

FUND UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA - FUAA

Bogotá D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2017-07-28

FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2017-08-18



porvenir
sólo hay uno

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

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,030,650,920**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 06 días del mes de Marzo de 2018.

Gerente de Clientes

REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Cla

NÚMERO 1030650920

APELLIDOS Y NOMBRES
OLARTE MONROY

CESAR AUGUSTO



PERTENECE AL EJÉRCITO DE:

| 1ª LÍNEA | 2ª LÍNEA | 3ª LÍNEA |
|---|---|---|
| 31 - DIC | 31 - DIC | 31 - DIC |
| 2025 | 2035 | 2045 |

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP.: 11 JUN 2013

CDTE. DE DISTRITO

[illegible] DE RESERVA EJÉRCITO NACIONAL

[illegible]

1. Debe estar debidamente actualizado en cumplimiento para los siguientes casos:
   - Celebrar contrato con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa.
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.

2. En caso de cumplimiento de cualquier de documento especial o de modificación, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

03423841
210251 1432012

## Confirmación de registro de la entidad



Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY,

CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY con el NIT 1030650920 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 >

BBVA Creando Oportunidades

**BBVA Colombia**
**NIT 860.003.020-1**

## Certifica

Que nuestro(a) cliente **CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY,** identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 1.030.650.920** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 0013-0693-00-0200625212** aperturada el **25 de agosto del 2017**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **07** días del mes de **marzo** del año **2018**.

**Firma autográfica**



Responsable servicio al cliente
**BBVA Colombia**

***Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.***

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

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO**
**FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-024**
**VERSIÓN: 01**
**FECHA: 2017-08-04**

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

| | |
|---|---|
| 1030650920 | SURA |
| Numero de Documento | ARL |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cesar | Augusto | Olarte | Monroy |
| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 06/03/1995 | Bogotá D.C | Calle 40 Sur #86-29 | 4829748 |
| F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | Teléfono Fijo |

| | | |
|---|---|---|
| Compensar | Porvenir | $ 2'808.000 |
| EPS - Salud | AFP - Pensiones | Honorarios |

| | |
|---|---|
| Enfermero | |
| Objeto Contractual (Cargo) | Fecha Inicio del Contrato |

| | |
|---|---|
| cesarolarte44@gmail.com | 3209072912 |
| Correo Electrónico | Celular |

Firma del Afiliado

Sandra León
Enfermera Jefe
C.C. 52.184.299

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 52184299

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talen Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1030650920

Primer Nombre *

Cesar

Primer Apellido *

Olarte

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General**

| *Tipo Identificación* | *Nro. Identificación* | *Primer Nombre* | *Segundo Nombre* | *Primer Apellido* | *Segundo Apellido* | *Detalles* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1030650920 | CESAR | AUGUSTO | OLARTE | MONROY | **Ver** |

**Información Detallada [CC: 1030650920] CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY**

**Información Académica**

| *Tipo Programa* | *Origen Obtención Titulo* | *Profesión u Ocupación* | *Fecha desde que puede ejercer* | *Entidad Reportadora* |
|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | ENFERMERIA | 2017/8/18 | ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA |

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



FECHA DE NACIMIENTO **06-MAR-1995**

**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.72** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**11-MAR-2013 BOGOTA D.C**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
**CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES**

P-1500150-00436162-M-1030650920-20130520 **0033**055481A 1 39752809

# REPUBLICA DE COLOMBIA
## IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.650.920**

**OLARTE MONROY**

APELLIDOS

**CESAR AUGUSTO**

NOMBRES



FIRMA



CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 05 de marzo de 2018, a las 23:54:35, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 1030650920 |
| Código de Verificación | 103065092018030523543 5 |

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**

Digitó y Revisó: WEB

STOP THE BLEED

SAVE A LIFE

# AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

## COMMITTEE ON TRAUMA

Recognizes

# OLARTE MONROY CESAR AUGUSTO

For successful completion of the

**Bleeding Control Basic v. 1.0 Course**

Presented on Bogotá D.C.- Colombia , by

## Fundación Enfermeros Militares

With this certification we acknowledge that you approved the course

Copyright © 2017 by the American College of Surgeons

HARTFORD CONSENSUS SAVE A LIFE STOP THE BLEEDING

THE COMMITTEE ON TRAUMA

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
*Inspiring Quality:*
*Highest Standards, Better Outcomes*
100+years

República de Colombia

# AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

# LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

## CÉSAR AUGUSTO OLARTE MONROY

C.C. No. 1.030.650.920 de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de

## ENFERMERO

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá D.C., 28 de julio de 2017

Rector

Secretario General

Decano

Tomo 9 Folio 132 Registro 52691 Fecha: 28 de julio de 2017

## HACE CONSTAR QUE:

El enfermero **CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY** identificado con la cédula de ciudadanía número 1.030.650.920, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los siete (7) días del mes de marzo del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,

**EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ**
Abogada Secretaria

# Colegio INEM Francisco de Paula Santander
## Institución Educativa Distrital

*Creado según Decreto No. 1962 de noviembre de 1969 y aprobación oficial No. 08-0218 del 5 de agosto de 2009, expedida por la Secretaría de Educación de Bogotá.*

*Confiere a:*

# César Augusto Olarte Monroy

*Identificado con T.I. No. 95030607261 de Bogotá D.C.*

*El Título de*

# Bachiller Académico
## con profundización en Ciencias de la Salud

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, según el artículo 11, numeral 2 del Decreto 1860 de 1994*

*Pablo Alejandro Salazar Restrepo*
*Rector*

*Carmen Cecilia Parra Gaitán*
*Secretaria Académica*

*Anotado al Folio No. 386 del Libro No. 2 de Registro de Diplomas*

*Dado en Bogotá, D.C., a 30 de noviembre de 2011*

*No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.*

Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA**
**No. 2133063**

**Bogotá D.C., 5 de Marzo de 2018 - 23:53 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) **CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL TREINTA MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS VEINTE** de BOGOTÁ, D.C.

**1030650920**

**NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES**

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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



**El código de verificación para la autenticidad del documento es: 3_7QR9A_5323**
**Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 106840568

WEB
17:47:18


Bogotá DC, 06 de marzo 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) CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1030650920:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERIA - OCE -
REGISTRO UNICO NACIONAL DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
RETHUS
RETHUS – LEY 1164 DE 2007

Bogotá, D.C ,

Apreciada (o) Colega:

Por medio de la presente y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 24 de la ley 1164 de 2015, numeral 4 del artículo 14 decreto 4192 de 2015 y especificaciones del anexo. Técnico de la resolución 08 de 2015, nos permitimos hacer entrega de la tarjeta de identificación única del talento humano en salud, mediante la cual se acredita su condición de idoneidad para ejercer la profesión de enfermería. Recuerde tener presente mantener un nivel de seguridad apropiado a su tarjeta profesional.

A esta tarjeta precede la inscripción individual en el RETHUS, de sus datos personales y de identificación, los datos académicos y de autorización, de los datos del servicio social obligatorio, y los correspondientes relacionados con las actividades del tribunal Nacional Ético de Enfermería. Le recordamos tener presente que cuando alguna de las tres circunstancias contempladas en el artículo 12, del decreto 4192 de 2015 deberá reportar las novedades a la Organización Colegial de Enfermería.

Nos resta, agradecer el interés que llegue a desarrollar para fortalecer, además de la actividad de función pública delegada del RETHUS, la correspondiente al crecimiento y desarrollo organizativo y profesional de la OCE, invitándole a afiliarse y convertirse en socia (o) de los miembros de la junta directiva de la OCE y sus Organizaciones, La ANEC de la que tuvo su origen, creemos firmemente en la importancia del trabajo profesional con interés desde lo colectivo y en la unidad profesional con criterios de respeto por los derechos humanos de todos los ciudadanos y la búsqueda permanente del logro de un trabajo profesional con dignidad y reconocimiento público para los profesionales de Enfermería.

Cordialmente,

JUNTA DIRECTIVA NACIONAL

CAROLINA PRADA MORENO.
Presidenta.

CECILIA VARGAS GONZALEZ.
Secretaria General.

Cra. 28 No. 46-07 Celular 3219282407 – 3167598695 Tel: 4555358
Email: oce@oceinfo.org.co
Bogotá D.C.

**CONSULTORIOS MEDICOS DEL DIVINO NIÑO.CRA 5ª A 27-12 SUR. BOGOTA.**
**Barrio 20 de Julio. Tels 3614892- 3663130**

Nombre: CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY — Fecha: marzo 7/18
Edad: 23a — Documento identidad No.: 1030.650.920
Estado Civil: soltero — Natural de: BOGOTA
Profesión: ENFERMERO

## EXAMEN MEDICO

Estado Físico General actual (e.a.trx): NORMAL

Antecedentes Personales (quirúrgicos, patológicos, traumáticos):
negativo

Antecedentes Familiares (Diabetes, Epilepsia, Asma, Ca, Hipertensión, Cardiopatía)
DIABETES-HTA

## ESTADO FISICO GENERAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Talla | 169 | | Pulso | 72 | |
| Peso | 70 | | T.A. | 100/70 | |

| | Normal | Anormal | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Cabeza y Cuello | normal | | |
| Ojos | normal | | |
| Agudeza Visual | OD=20/20 OI =20/40 | | |
| ORL | normal | | |
| Agudeza Auditiva | normal | | |
| Orofaringe | normal | | |
| Tórax | normal | | |

| | Normal | Anormal | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| Cardiorespiratorio | normal | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Abdomen | normal | | | |
| Genitourinario | normal | | | |
| Extremidades | normal | | Várices | no |
| S. Osteomuscular | normal | | Lumbago | no |
| S. Nervioso | normal | | | |
| G.P.A. | | FUP | CICLOS | FUR |
| S. Endocrino | normal | | | |
| Piel y Anexos | normal | | | |
| Observaciones | no | | | |

**EXAMENES DE LABORATORIO (ANEXAR ORIGINALES)** no aplica

| EXAMEN | FECHA | RESULTADO | FIRMA |
|---|---|---|---|
| Serología | | | |
| Baciloscopio | | | |
| Prueba de Embarazo | | | |
| Hemoclasificación | | | |
| Cuadro Hemático | | | |
| Parcial de Orina | | | |

EL CANDIDATO ES: APTO X NO APTO APLAZADO

El suscrito médico revisó a satisfacción los exámenes solicitados

Dr. Rubén López Morales
Medico Cirujano - U.N.
R.M. 157454
Cel. 313 418 89 88

R. M. No. 157454

Certifico que la información proporcionada es verdadera, su inexactitud será causal de rechazo

CC 1035 650 926 de Bta

Firma del Examinado

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS**
**REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 07-03-2018
Hora: 8:31:06 AM


**CONTRIBUYENTE** NIT 1030650920-1 CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY

**Información General**

*Dirección* CL 40 SUR 86D 25 BRR PATIO BONITO BARRANQUILLITA

*Teléfonos* 3209072912

*Dirección electrónica* rendy38@hotmail.com

*Fax* 4829748

**Información de Registro**

*Fecha Inscripción* 05/03/2018

*Soporte Inscripción* 16681143

*Fecha Inicio Actividades* 18/08/2017

*Fecha Cese Actividades*

*Fecha de Informe del Cese*

*# Establecimientos:* 0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Juridica* PERSONA NATURAL

*Régimen Tributario* REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (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

Actividad 2: 85232-EDUCACION DE FORMACION LABORAL

Actividad 3: 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 4: -

Actividad 5: -

*Fecha Inicio Financiera:*

Código de Verificación de Información: 18002786013

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

***Fuente ICA TE TOCA***

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

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
|---|---|---|---|
| Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos | Código EGT-FT-656 | Macroproceso: Estratégico<br>Proceso: Gerencia de Talento Humano | Página: 1 de 1<br>Versión: 02<br>Fecha: 2016-05-06 |

Bogotá, D.C

Señores

Fundacion Universitaria del Area Andina

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Cesar Augusto olarte Monroy, 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE, sobre la idoneidad de mi título académico como:

- enFermero

*(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)*

Cordialmente,

Firma: Cesar Augusto olarte Monroy

No. de documento: 1030650920

Tarjeta profesional No.: 1030650920

Dirección de contacto: Cll 40 sur # 86 D 25

Teléfono: 3209072912

Colegio INEM "Francisco de Paula Santander"
Institución Educativa Distrital
Calle 38 C sur No. 79-08

Inscripción DANE: 111001024732 ICFES: J.M. 023366 J.T. 023374 Inscripción S.E.: 1842

# Acta Individual de Graduación

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 30 días del mes de noviembre del año 2011, en desarrollo del Sistema Institucional de Evaluación y el Decreto 1290 del 16 de abril de 2009, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la rectoria del

**Colegio INEM "Francisco de Paula Santander"**
**Institución Educativa Distrital**

Creado según Decreto No. 1962 de noviembre de 1969 y aprobación oficial No. 08-0218 del 5 de agosto de 2009, expedida por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Título de

## Bachiller Académico
## con profundización en Ciencias de la Salud

al graduando cuyos nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación:

## César Augusto Olarte Monroy

Identificado con T.I. No. 95030607261 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta General No. 227 de Fecha 30 de noviembre de 2011.
Anotado al Folio No. 386 del Libro No. 02 Registro de Diplomas.

Firmada por PABLO ALEJANDRO SALAZAR RESTREPO (Rector) y CARMEN CECILIA PARRA GAITÁN (Secretaria Académica).

PABLO ALEJANDRO SALAZAR RESTREPO
C.C. No. 79.420.001 de Bogotá
Rector

CARMEN CECILIA PARRA GAITÁN
C.C. No. 41.763.288 de Bogotá
Secretaria Académica

No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, del M.E.N.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 23:57:58 horas del 05/03/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1030650920**

Apellidos y Nombres: **OLARTE MONROY CESAR AUGUSTO**

**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.

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA**

**ACTA DE GRADO 810**

En Bogotá D.C., el 28 de julio de 2017 a las 9:00 horas, convocados por Resolución Nacional 055 del 27 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz, y la Secretaria General (E), doctora Gladys Eliana Sánchez Saldarriaga, para presidir la ceremonia de grado de **Cesar Augusto Olarte Monroy** con cédula de ciudadanía número 1030650920 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedor a recibir el título de **ENFERMERO**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de Registro de títulos Tomo 9, Folio 132, número 52691.

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
GLADYS ELIANA SÁNCHEZ SALDARRIAGA, Secretaria General (E)

Dada en Bogotá D.C., el 28 de julio de 2017.

Areandina
Fundación Universitaria del Área Andina
Secretaría General

**Gladys Eliana Sánchez Saldarriaga**
Secretaria General (E)

Esta versión de Chrome ya no es compatible. Instala un navegador comp

Haz clic aquí para habilitar las notificaciones de escritorio de Gmail. Má

Gmail

REDACTAR

Recibidos (6)
Destacados
Importantes
Enviados
**Borradores (1)**
Categorías
Social
**Promociones (3)**
**Notificaciones (3)**
Foros
Más

# Resultado del tercer proceso de asignación de plazas serv

Recibidos x

**Ministerio de Salud y Protección Social** <sso@minsalud.gov.co>
para mí

Señor(a), OLARTE MONROY CESAR AUGUSTO

El Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Dirección de Desa
participación en el tercer proceso de asignación de plazas de servicio socia

De acuerdo al cronograma establecido, la asignación se realizó el 19 de Jul
Salud y Protección Social, en la ciudad de Bogotá D.C., en el marco de las
continuación se presenta el resultado:

"Al profesional no le fue asignada una plaza de Servicio Social Obligatorio".

En consecuencia, se entiende que ha cumplido con las normas que regular
inscripción en el ReTHUS y la expedición de su tarjeta de identificación únic
proceso al cual se inscribió y el siguiente proceso de asignación" (Resoluci
Colegial de Enfermería.

La información de contacto del (de la) Organización Colegial de Enfermería

Sitio web: www.oceinfo.org.co
Dirección de correspondencia: Carrera 28 No. 46-97 (Bogotá D.C.)
Teléfonos: (571) 4575358; (57) 3167598693; (57) 3219282407
Correo electrónico: registro@oceinfo.org.co



Haz clic aquí para Responder o Reenviar el mensaje

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

**Reporte de profesionales sin plaza asignada en el sorte de plazas del 19/07/2017 para los profesionales del área de ENFERMERÍA**

Fecha de Generación: 19/07/2017

| Tipo identificación | Número de identificación |
|---|---|
| CC | 1039460644 |
| CC | 1067405611 |
| CC | 1003026677 |
| CC | 1030663290 |
| CC | 1030533214 |
| CC | 1077460690 |
| CC | 1036636963 |
| CC | 1003853868 |
| CC | 1192776148 |
| CC | 1075874834 |
| CC | 1040374447 |
| CC | 1074159291 |
| CC | 1012400326 |
| CC | 1003045641 |
| CC | 1032472482 |
| CC | 1026584350 |
| CC | 1018453191 |
| CC | 1024556608 |
| CC | 1032488493 |
| CC | 1067929321 |
| CC | 1065204344 |
| CC | 1051745142 |
| CC | 1110510590 |
| CC | 1047476040 |
| CC | 1026289258 |
| CC | 1047469730 |
| CC | 1077454089 |
| CC | 1030650920 |
| CC | 1083898751 |
| CC | 52448575 |
| CC | 1061531777 |
| CC | 1143446170 |
| CC | 1088014287 |
| CC | 1045718307 |
| CC | 1065817100 |
| CC | 1035859224 |
| CC | 24397962 |
| CC | 1088026102 |
| CC | 80142103 |
| CC | 1048323044 |
| CC | 1030605930 |
| CC | 10003872 |
| CC | 1026572519 |
| CC | 1070330904 |
| CC | 1143855911 |
| CC | 55130627 |
| CC | 1022363719 |

No. de Radicación

Fecha de Radicación

salud

## I. DATOS DEL TRÁMITE

*(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)*

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS): 058

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

| 6. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 7. Tipo de documento de identidad | 8. Número de documento de identidad | 9. Sexo: Femenino | Masculino | 10. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A |
|---|---|---|---|---|
| CC | 1030550920 de Bogotá | | X | 06 08 1997 |

## III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

| 11. Etnia | 12. Discapacidad: Tipo / Condición | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Colpatria | Porvenir |

| 17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 921.217 | calle 40 sur # 86a 25 | | | 4[illegible]8 320[illegible]9 | |
| cesar.alejandro@gmail.com | Bogotá D.C | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | Bvd Kennedy | Candelaria | |

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

| 19. Apellidos y nombres: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 20. Tipo de documento de identidad | 21. Número de documento de identidad | 22. Sexo: Femenino | Masculino | 23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

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

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

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

### Selección de la IPS Primaria

| Cot. | 34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| A | Kennedy | 105 |
| B | | |
| B | | |
| B | | |

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

35. Nombre o razón social

36. Tipo de documento de identificación

37. Número del documento de identificación

38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

## B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

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

## VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

| 41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino | Masculino | Fecha de nacimiento: D D M M A A A A | 42. Fecha: D D M M A A A A |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado: Código

45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. FIRMAS

54. El Cotizante, cabeza de familia o beneficiario

1030550920 de Bogotá

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

## IX. ANEXOS

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

06 MAR 2018 SUJETO A VERIFICACIÓN

## X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

| 66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento | 67. Datos del SISBEN: Número de la ficha | Puntaje | Nivel | 68. Fecha de radicación: D D M M A A A A | 69. Fecha de validación: D D M M A A A A |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| 70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | 71. Firma del funcionario |
|---|---|---|
| | | |

OBSERVACIONES:

Aporte marzo

recibo x planilla de pago

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14461665225

(415)7707212489984(8020) 000001446166522 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1030650920 | 1 | Impuestos de Bogota 32 | |

## IDENTIFICACION

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de ciudadanía 13 | 1030650920 | 20130311 |

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| OLARTE | MONROY | CESAR | AUGUSTO |

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

## UBICACION

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

41. Dirección principal: CL 40 SUR 86 D 25 BRR PATIO BONITO BARRANQUILLITA

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| rendy38@hotmail.com | | 4829748 | 3209072912 |

## 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 |
| 8692 | 20180307 | 8699 | 20170818 | 8523 | | 2224 | |

### 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CERTIFICADO COPIA 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: 20180306

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: OLARTE MONROY CESAR AUGUSTO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

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

*Conservelo*

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

Libertad y Orden

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO*

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

| | |
|---|---|
| Nombres: | Cesar Augusto |
| Apellidos: | Olarte Monrey |
| Documento de identidad: | CC X TI Pasaporte No. 1030650920 |
| Fecha de Nacimiento: | Día 06 Mes 05 Año 1995 |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | 6ª comercial | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 08 MAR 2018 | 1439039.02 | Juan P. Franco |
| | 2 | 06 Abril 18 | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| Contra Influenza | | | | |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Calle 50 No. 8 - 24. Cons. 204 • Tel. 301 549 2322

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE y APELLIDOS: Cesar Augusto duarte Mancy

Identificación: T' 030' 650' 930 Edad: _____

Teléfono: _____

Empresa o institución: _____

| VACUNA | ESQUEMA DE DOSIS EN MESES | REFUERZO |
|---|---|---|
| HEPATITIS B | 0, 1, 2, 12 meses | |
| TETANO | 0, 1, 7 (10.31) meses | Cada 10 años |
| INFLUENZA (GRIPE) | 1 dosis | Cada año |
| FIEBRE AMARILLA | 1 dosis | Cada 10 años |
| HEPATITIS A | 0, 6 meses | |
| NEUMOCOCO (23 no conjugado) | 1 dosis | 5 años despues |
| RABIA | 0, 7, 28 dias | 1 año |
| VARICELA | 1 dosis | |
| POLIOMIELITIS | 2, 4, 6, meses de edad | 18 meses |
| BCG | Recien nacido | |
| DPT | 2, 4, 6, 18 meses | 5 años |
| HAEMOPHILUS INFLUENZAE B | 2, 4, 6, meses de edad | |
| SRP. | 1 año | |

| VACUNA | DOSIS | FECHA DE APLICACIÓN | LOTE N° | FIRMA o SELLO |
|---|---|---|---|---|
| HEPATITIS "B" | 1° | 14 JUN. 2013 | 0351200 | CARDINA. |
| | 2° | 30 JUL. 2013 | 0351200 | |
| | 3° Refzo | 29 SET. 2013 | 0351200 | |
| | | Da ser | 2014 cm | |
| TÉTANOS | 1° | | | |
| | 2° | | | |
| | 3° | | | |
| | 4° | | | |
| | 5° | | | |

| VACUNA | DOSIS | FECHA DE APLICACIÓN | LOTE N° | FIRMA o SELLO |
|---|---|---|---|---|
| INFLUENZA | 1° | | | |
| | 2° | | | |
| VARICELA | 1 | | | |
| HEPATITIS "A" | 1° | | | |
| | 2° | | | |
| NEUMOCOCO | | | | |

# FUNDACIÓN ENFERMEROS MILITARES

**Centro Internacional de Entrenamiento en Medicina Táctica Emergencias y Desastres CIEMTED NIT 900.610.927-4**
**CIEM – Colombia Cuerpo Internacional de Emergencias**
**IOEMT – International Organization of Emergency Medical Technicians**
**Comité Latinoamericano de Medicina Táctica**

## Certifica que:

*OLARTE MONROY CESAR AUGUSTO*

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 1.030.650.920

**Ha superado los requisitos teórico-prácticos correspondientes al Curso de:**

# ACLS

## Soporte Vital Cardiovascular Avanzado




Intensidad Horaria de 48 Horas

Dado en Bogotá D.C., a los ocho (08) días de Octubre de 2017

PROYECTO SALVA CORAZONES

Sargento Primero (RA)Héctor Guillermo Bernal Malpic
Director General
Fundación Enfermeros Militares

# FUNDACIÓN ENFERMEROS MILITARES

**Centro Internacional de Entrenamiento en Medicina Táctica Emergencias y Desastres CIEMTED NIT 900.610.927-4**
**CIEM – Colombia Cuerpo Internacional de Emergencias**
**IOEMT – International Organization of Emergency Medical Technicians**
**Comité Latinoamericano de Medicina Táctica**

## Certifica que:

*OLARTE MONROY CESAR AUGUSTO*
Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 1.030.650.920

**Ha superado los requisitos teórico-prácticos correspondientes al Curso de:**

# BLS

## Soporte Vital Cardiovascular Básico

Intensidad Horaria de 20 Horas
Dado en Bogotá D.C., a los siete (07) días de Octubre de 2017

PROYECTO SALVA CORAZONES

Sargento Primero (RA)Héctor Guillermo Bernal Malpic
Director General
Fundación Enfermeros Militares

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

Última Actualización: 07-mar-2018

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| OLARTE | MONROY | CESAR AUGUSTO |

| *DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN* | *SEXO* | *NACIONALIDAD* |
|---|---|---|
| C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1030650920 | F ( ) M (X) | COL (X) EXTRANJERO ( ) |

*LIBRETA MILITAR*

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 1030650920 D.M 2

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 6 MES MAR AÑO 1995

PAÍS COLOMBIA

DEPTO Bogotá D. C.

CIUDAD BOGOTA D. C.

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

calle 40 sur # 86 d 25

PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C.

CIUDAD BOGOTA D. C. TELEFONO 3209072912

EMAIL randy38@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 BASICA* | | | | | | | | | | | *TITULO* bachiller academico con profundizacion en |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| *1°.* | *2°.* | *3°.* | *4°.* | *5°.* | *6°.* | *7°.* | *8°.* | *9°.* | *10°.* | *11°.* | MES NO AÑO 2011 |
| | | | | | | | | | | X | |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)***

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

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

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

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

| *MODALIDAD ACADÉMICA* | *No. SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO SI* | *GRADUADO NO* | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO* | *TEMINACIÓN MES* | *TEMINACIÓN AÑO* | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UN | 9 | X | | enfermero | 7 | 2017 | 1030650920 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

Última Actualización: 07-mar-2018

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| *OCUPACIÓN* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| PUBLICO | 0 | 0 |
| PRIVADO | 0 | 0 |
| PARTICULAR | 0 | 0 |
| TOTAL | 0 | 0 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogota 7 de Mayo 2018

*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

Última Actualización: 07-mar-2018

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

# FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

Última Actualización: 07-mar-2018

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY
**IDENTIFICADO CON C.C.** ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1030650920 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
**País** COLOMBIA **Departamento** Bogotá D. C. **Municipio** BOGOTA D. C.
**Dirección** calle 40 sur # 86 d 25 **Teléfonos** 3209072912 3209072912

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|

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 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0,00 |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| BBVA | AHORROS | 0013069300020062521 | CALLE 37 | $ 5.000,00 |

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 |
|---|---|---|
| | C.C◯ C.E◯ T.I.◯ | |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

## 3. FIRMA

**FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA**

BOGOTÁ D.C. 07-mar-2018
**CIUDAD Y FECHA**

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: 05-03-2018 | CIUDAD: Bogotá D.C | DEPARTAMENTO: | Cundinamarca |
|---|---|---|---|

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

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

| PROVEEDOR | PARTICULAR | CONTRATISTA OPS | SERVIDOR PUBLICO | OTRO | CUAL: |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ | |

**1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL**

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Olaite | Monroy | Cesar | Augusto |

| TIPO DE IDENTIFICACION | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|
| C.C ☒ C.E ☐ R.C ☐ NUIP ☐ | 1030650920 | Bogotá D.C | 2013/03/11 |
| PASAPORTE ☐ OTRO ☐ | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐ | |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 06-03-1995 | Bogotá D.C | Colombia | Colombiana |

| ESTADO CIVIL | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐ | 0 | 0 | 3209072912 |

| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA | | | | | | | | PROFESION / OFICIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MAGISTER ☐ | POSGRADO ☐ | UNIVERSITARIO ☒ | BACHILLER ☐ | PRIMARIA ☐ | TECNICO ☐ | TECNOLOGO ☐ | CUAL: | Enfermero |

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| Calle 40 Sur # 86 D - 25 | Bogotá D.C | Cundinamarca | Colombia | 4829748 |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| cesarolaite44@gmail.com | — | PROPIA ☐ | 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 |
|---|---|---|---|
| — | — | — | — |

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

**3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ASALARIADO ☐ | ESTUDIANTE ☐ | HOGAR ☐ | PENSIONADO ☐ | CUAL: | |
| SOCIO ☐ | CONTRATISTA ☒ | COMERCIANTE ☐ | EMPLEADO PUBLICO ☐ | | |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ | EMPLEADO SOCIO ☐ | | OTRA ☐ | | |

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | DECLARA RENTA | | IVA | | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI ☐ NO ☒ | | SI ☐ | NO ☒ | 8692 | |
| | | ICA | SI ☐ | NO ☒ | PRINCIPAL: ☒ | SECUNDARIA: ☐ |

| GRAN CONTRIBUYENTE | AGENTE RETENEDOR | AGENTE AUTORETENEDOR |
|---|---|---|
| SI ☐ NO ☒ | SI ☐ NO ☒ | SI ☐ NO ☒ |

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

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

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

OTRA ☐ CUAL:

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| CARGO ACTUAL | | FECHA VENCULACION | |
|---|---|---|---|

**4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO**

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

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

## 5. INFORMACIÓN FINANCIERA

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | ACTIVOS | | PASIVOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALARIOS | 0 | GASTOS FAMILIARES | 800.000 | AHORROS | — | HIPOTECA | — |
| HONORARIOS | 0 | ARRIENDOS | 0 | INVERSIONES | — | TARJETAS DE CREDITO | — |
| ARRIENDOS | 0 | CUOTA VEHICULO | 0 | VEHICULOS | — | DEUDA VEHICULOS | — |
| COMISIONES | 0 | CUOTA VIVIENDA | 0 | PROPIEDADES | — | DEUDAS TERCEROS | — |
| OTROS INGRESOS* | 0 | OTROS EGRESOS* | 0 | OTROS ACTIVOS* | — | OTROS PASIVOS* | — |
| TOTAL INGRESOS | 0 | TOTAL EGRESOS | 800.000 | TOTAL ACTIVOS | — | TOTAL PASIVOS | — |

| 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 |
|---|---|---|---|
| Pachon | Ojeda | Karen | Johana |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| Calle 62A Sur #11B-52 Este | Bogotá DC / Cundinamarca / Colombia | Amistad | 3222115836 |

## 7. REFERENCIA FINANCIERA

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| BBVA | Cuenta de ahorros | 001304302 06 25212 | calle 37 | 401 0000 |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐

CUAL:

## 8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Enfermero

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

## 9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

**Asalariado** Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
**Pensionado:** Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
**Profesional Independiente/Contratistas por OPS:** Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante **Nota:** Si presenta estados financieros o certificacion 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:** Adjuntar 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 Superintendencia 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 requerira 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 comerciales, 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 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 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadas 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 , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios tecnicos 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, 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 cualquier otra persone juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la seleeción 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 preguntes 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 tarlaff@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude *(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO )*

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

**NOTA:** Se desea ampliar esta información por favor visite. (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

## IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

## X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

## XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1. Fecha** | | **2. Ciudad** | |
| **3. Nombre y Cargo de quien verifica:** | | | |
| **4. Lugar de la verificación:** | | | |
| **5. Observaciones:** | | | |
| **6. Firma y cédula:** | | | |