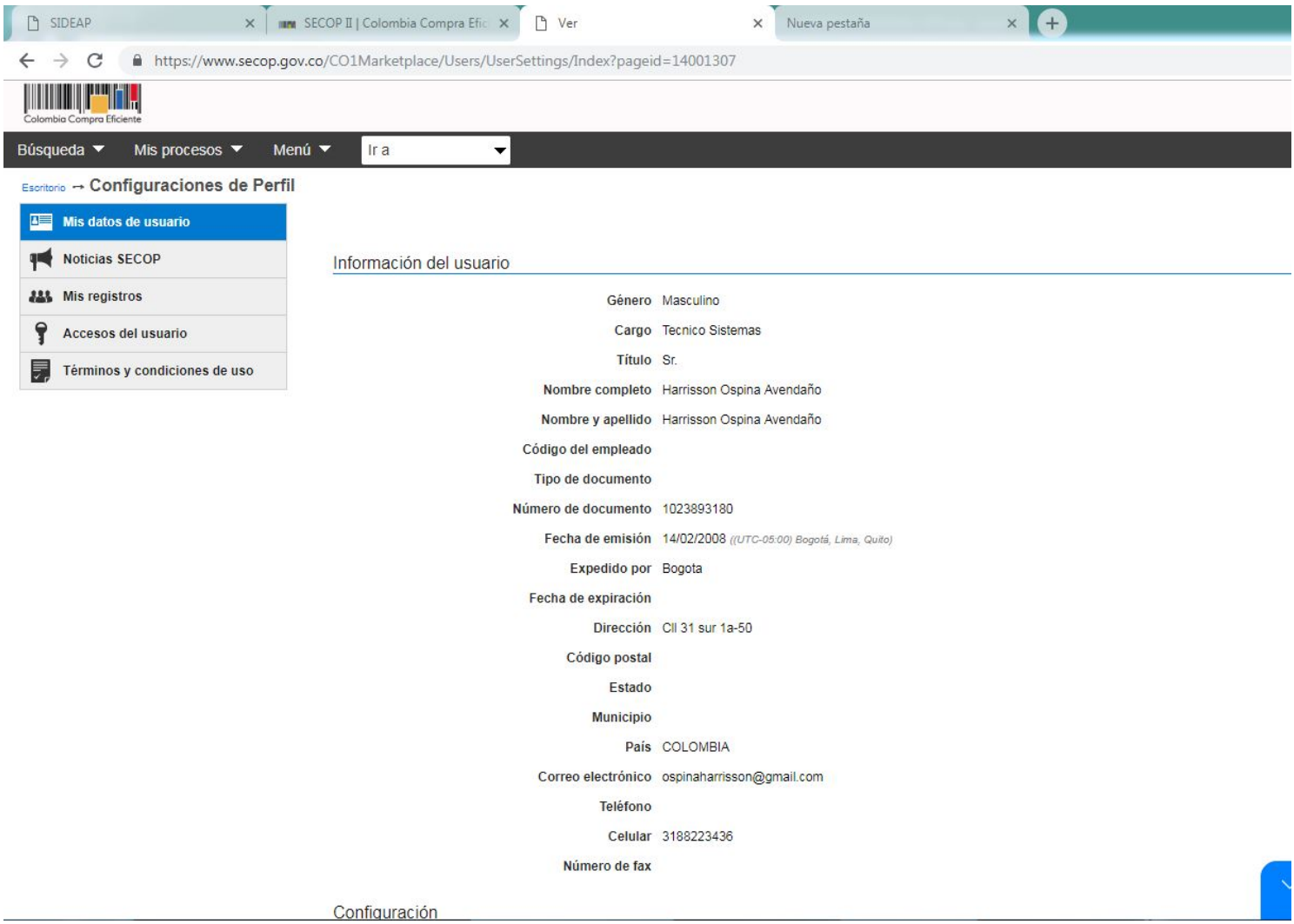

SIDEAP
SECOP II | Colombia Compra Efic
Ver
Nueva pestaña
https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14001307
Colombia Compra Eficiente
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Escritorio → Configuraciones de Perfil
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Información del usuario
Género Masculino
Cargo Tecnico Sistemas
Título Sr.
Nombre completo Harrisson Ospina Avendaño
Nombre y apellido Harrisson Ospina Avendaño
Código del empleado
Tipo de documento
Número de documento 1023893180
Fecha de emisión 14/02/2008 ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Expedido por Bogota
Fecha de expiración
Dirección Cll 31 sur 1a-50
Código postal
Estado
Municipio
País COLOMBIA
Correo electrónico ospinaharrisson@gmail.com
Teléfono
Celular 3188223436
Número de fax
Configuración

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 17-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: Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS: 3444484	*FECHA DE INGRESO*: DIA 3 MES 4 AÑO 2017		*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO: Técnico Soporte Conectividad	*DEPENDENCIA*: TICS		*DIRECCIÓN*: Dg. 34 #5-43, Bogotá

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Comware S.A	*PÚBLICA*	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS: 6382100	*FECHA DE INGRESO*: DIA 18 MES 10 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 3 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO: Técnico Soporte en sitio	*DEPENDENCIA*: Cafam		*DIRECCIÓN*: Cra. 13 #97-98 Bogotá

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: UPSS SEDE VISTA HERMOSA SUBRED E.S.E.	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS: 3753569	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 8 AÑO 2015		*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 8 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO: Técnico en Soporte y Servicio.	*DEPENDENCIA*: Gestion Publica		*DIRECCIÓN*: Cra. 20 #35 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

Última Actualización 17-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
OSPINA	AVENDAÑO	HARRISSON

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1023893180

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 90020355403 D.M 2188850

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 3 MES FEB AÑO 1990

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 31 SUR 1A 50

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3645280

EMAIL ospinaharrisson@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2006

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	6	X		TECNICO PROFESIONAL EN SISTEMAS Y TELECOMUNICACIONES	12	2010	25656-056177

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 17-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital San Cristóbal E.S.E	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3444484	*FECHA DE INGRESO* DIA 12 MES 3 AÑO 2012		*FECHA DE RETIRO* DIA 31 MES 7 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO Técnico en Soporte y Servicio	*DEPENDENCIA* Territorios saludables		*DIRECCIÓN* 3444484

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	6	7
PRIVADO	0	5
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	12

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-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

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: 17-oct-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, HARRISSON OSPINA AVENDAÑO
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1023893180 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CL 31 SUR 1A 50 **Teléfonos** 3188223436 3645280

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Olga Patricia Avendaño	51873398	MADRE
Carlos Alberto Ospina	79422162	PADRE
Olga Patricia Avendaño Urbano	51873398	MADRE
Carlos Alberto Ospina Orozco	79422162	PADRE

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	$ 16.640.000,00
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	$ 16.640.000,00

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
Davivienda	AHORROS	007170494574	0	$ 300.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	CLB47	$ 4.000.000,00

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 C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

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. 17-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
Y EN SU NOMBRE

NUEVA AMÉRICA
FUNDACIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Aprobada por El Ministerio de Educación Nacional
según Resolución No. 17.084 del 13 de noviembre de 1978

CONFIERE EL TITULO DE :

Técnico Profesional en Sistemas y Telecomunicaciones

A

OSPINA AVENDAÑO HARRISSON

C.C. 1.023.893.180 DE BOGOTÁ

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.

EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

Dado en Bogotá D.C, a 12 de noviembre de 2010

EL RECTOR

LA SECRETARIA GENERAL

RADICACIÓN FUNDACIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR NUEVA AMÉRICA LIBRO 2 *FOLIO* 179

Scanned by CamScanner

NUEVA AMÉRICA
FUNDACIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO No. 179
LIBRO 2 FOLIO 179

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los doce días (12) del mes de noviembre de 2010, se reunieron en la **Fundación de Educación Superior Nueva América,** Institución de Educación Superior, de carácter Técnico Profesional, aprobada por el Ministerio de Educación Nacional mediante la Resolución No. 17.084 del 13 de Noviembre de 1978, el Rector, Gabriel Alberto Rodríguez Jiménez y la Secretaria General Lorena Méndez Vallejo, para formalizar la graduación de **OSPINA AVENDAÑO HARRISSON,** identificado con la cédula de ciudadanía No. **1.023.893.180 de Bogotá**, quién culminó sus estudios y ha cumplido todos los requisitos exigidos por la Ley y los reglamentos de la Fundación, para optar por el título de **TÉCNICO PROFESIONAL EN SISTEMAS Y TELECOMUNICACIONES.**

El Rector procedió a tomar el juramento de rigor en los siguientes términos:

"¿Juráis a Dios cumplir con los deberes propios del ejercicio de Técnico Profesional en Sistemas Y Telecomunicaciones, de acuerdo con la Constitución Nacional, las leyes de la República de Colombia y la Ética Profesional, guardando lealtad a la Fundación de Educación Superior Nueva América, velando de manera responsable por su progreso y desarrollo?". A lo que el graduando respondió: "Si juro". Luego se procedió a la entrega del Diploma que lo acredita para el desempeño de su actividad profesional.

Para constancia se expide y firma la presente acta, válida para todos los efectos legales correspondientes.

GABRIEL ALBERTO RODRÍGUEZ JIMÉNEZ
Rector

LORENA MÉNDEZ VALLEJO
Secretaria General

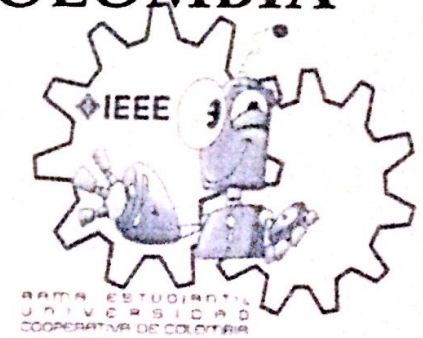
Bogotá, D.C., 12 de noviembre de 2010

Scanned by CamScanner

LA RAMA ESTUDIANTIL IEEE
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

IEEE
Celebrating 125 Years
of Engineering the Future

CERTIFICA QUE:



HARRISSON OSPINA AVENDAÑO

CAPACITACION PARA CERTIFICACION CCENT CISCO NIVEL 1 Y 3
REALIZADO EN EL MES DE OCTUBRE DEL 2010
INTENSIDAD DE 60 HORAS
EN CONSTANCIA DE LO ANTERIOR FIRMAN:

ING: CARLOS ANRES LOZANO GARZÓN
Coordinador de Actividades
IEEE Sección Colombia

SANDRA MILENA LOPEZ CRUZ
Presidente
Student Branches IEEE
Universidad Cooperativa de Colombia

ING. RAFAEL LAZARO
Docente Tutor Concurso CCENT
Universidad Cooperativa de Colombia

Dado en Bogotá D.C. a los 31 días del mes de Octubre del 2010

Scanned by CamScanner

NUEVA AMÉRICA

FUNDACIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Personería Jurídica 17084 de 13 Nov. de 1978 MEN

CENTRO DE EDUCACIÓN PERMANENTE - CEPNA

Otorga el presente

CERTIFICADO

A

HARRISSON OSPINA AVENDAÑO

Por su asistencia y participación en

CERTIFICACION CCENT CISCO NIVEL 1 Y 3

Con una intensidad de 100 horas

Para constancia firman en la ciudad de Bogotá, D.C. República de Colombia
a los 12 días del mes de NOV. de 2010

Adriana Gordillo M.
Director

Coordinador

Scanned by CamScanner

Bogotá, D.C

Señores

FUNDACION EDUCACION SUPERIOR NUEVA AMERICA
(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo _HARRISSON OSPINA AVENDAÑO, 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:
TECNICO PROFESIONAL EN SISTEMAS Y TELECOMUNICACIONES
(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma: 

No. de documento: 1023893180

Tarjeta profesional No.: 25656-056177

Dirección de contacto: CL 31 SUR # 1ª-50

Teléfono: 3188223436

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que se encuentra en los archivos magnéticos de la Dirección de Contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E S E – S I S S.C.O, el señor **HARRISSON OSPINA AVENDAÑO**, identificado con CC N° 1.023.893.180, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR C-TO
PS 2491 2018	10-01-2018	09-09-2018	$ 14.640.000

ESTA CERTIFICACIÓN SE EXPIDE CON LA INFORMACIÓN QUE REPOSA EN LAS BASES DE DATOS DE LA DIRECCION DE CONTRATACIÓN.

OBJETO CONTRACTUAL:
PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TECNICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRTATIVAS EN EL PROCESO DE SISTEMAS-TICS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:
1. Direccionamiento de usuarios y soporte a las necesidades de acceso a sistemas de informacion. 2. Respuesta técnica de sistemas en los equipos (hardwares) de la entidad. 3. Apoyo técnico en la Configuración y administración del dominio de la entidad. 4. Creación y administracion de usuarios en los sistemas de informacion y servicios que se requieran. 5. Apoyo Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Computadores. 6. Configuración de programas involucrados en la operacion de la entidad. 7. Soporte en aspectos de conectividad. 8 Configuración y mantenimiento de los diferentes equipos de compulo y perifericos de entrada y salida utilizados en la entidad. 9 Capacitar a los usuarios para el uso de los diferentes sistemas de informacion de la entidad. 10. Instalar, configurar, monitorear y mantener la operación de los servidores que sean autorizados para su administración. 11 Hacer uso y realizar el diligenciamiento de las diferentes herramientas (formatos, instructivos, etc) elaboradas para el correcto desarrollo de las actividades del área de sistemas.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los 16 días del mes de agosto de 2018.

Para mayor información favor comunicarse al celular 3023399604 o dirigirse a la Avenida Caracas # 33A-11, Dirección de Contratación OPS.

Cordialmente,

BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ
Directora Contratación
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada
Proyectó Adonay Neira Joro-Apoyo Administrativo OPS
Revisó Luz Helena Hernández Palacios- Profesional Especializada OPS

Diagonal 34 No.5-43
Código Postal: 110311
Teléfono: 3444484 www.subredcentrooriente.gov.co
Info. Linea 3649666

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que se encuentra en los archivos magnéticos de la Dirección de Contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.– S.I.S.S.C.O, el señor **HARRISSON OSPINA AVENDAÑO**, identificado con CC. Nº 1.023.893.180. presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

No. CONTRATO	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR C-TO
957-2012	03-09-2012	30-09-2012	$ 1.204.933
991-2012	01-10-2012	30-11-2012	$ 2.582.000
1400-2012	01-12-2012	28-02-2013	$ 4.244.631
497-2013	01-03-2013	31-08-2013	$ 8.696.400
1491-2013	01-09-2013	30-11-2013	$ 4.500.000
1997-2013	01-12-2013	31-01-2014	$ 3.000.000
601-2014	01-03-2014	30-04-2014	$ 3.000.000
1187-2014	01-05-2014	31-07-2014	$ 4.500.000
2127-2014	01-08-2014	31-08-2014	$ 1.500.000
2855-2014	01-09-2014	30-09-2014	$ 1.500.000
3166-2014	03-10-2014	31-10-2014	$ 1.500.000
3679-2014	01-11-2014	30-11-2014	$ 1.500.000
4669-2014	01-12-2014	31-12-2014	$ 1.500.000
296-2015	05-01-2015	31-01-2015	$ 1.500.000
1073-2015	01-02-2015	31-03-2015	$ 3.000.000
1620-2015	01-04-2015	31-07-2015	$ 6.219.600
PS 3352 2017	03-04-2017	09-01-2018	$ 21.875.000
PS 2491 2018	10-01-2018	09-07-2018	$ 10.980.000

ESTA CERTIFICACIÓN SE EXPIDE CON LA INFORMACIÓN QUE REPOSA EN LAS BASES DE DATOS DE LA DIRECCION DE CONTRATACIÓN

OBJETO CONTRACTUAL:
PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICIÓN DE TECNICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRTATIVAS EN EL PROCESO DE SISTEMAS-TICS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:
1. Direccionamiento de usuarios y soporte a las necesidades de acceso a sistemas de informacion. 2. Respuesta técnica de sistemas en los equipos (hardwares) de la entidad 3. Apoyo técnico en la Configuración y administración del dominio de la entidad. 4. Creación y administracion de usuarios en los sistemas de informacion y servicios que se requieran 5 Apoyo Mantenimiento Preventivo y Correctivo de Computadores. 6 Configuración de programas involucrados en la operacion de la entidad 7. Soporte en aspectos de conectividad. 8 Configuración y mantenimiento de los diferentes equipos de computo y perifericos de entrada y salida utiilzados en la entidad. 9. Capacitar a los usuarios para el uso de los diferentes sistemas de Informacion de la entidad. 10. Instalar, configurar, monitorear y mantener la operación de los servidores que sean autorizados para su administración. 11. Hacer uso y

Scanned with CamScanner

SERVIOLA

BOGOTA, Octubre 14 de 2016

Señores:
COMWARE S.A.
La Ciudad.

REF: Constancia de Contratación

Apreciados señores:

De acuerdo a su solicitud amablemente estamos confirmando el ingreso de:

Nombre:	**OSPINA AVENDAÑO HARRISON**		
Cédula:	1023893180 F. ingreso: 18-OCT-16	Ciudad:	BOGOTA
Cargo:	AGENTE DE SOPORTE EN SITIO	Sueldo:	1,000,000

DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS - BOGOTA-OF.PRINCIPAL

NIT: 800.148.972-2
SERVIOLA S.A.

WLLOPEZ RSEL6023

Scanned by CamScanner

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA

CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, se encuentra el registro de **OSPINA AVENDANO HARRISSON**, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No. **1.023.893.180**, quien ha prestado sus servicios en esta Entidad en calidad de Orden de Prestación de Servicios así:

ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCION		OBJETO	VALOR TOTAL CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
	DESDE	HASTA			
No. 4273 de 2015	01 de agosto de 2015	15 de noviembre de 2015	APOYO TECNICO EN SISTEMAS	$ 5,335,400	VISTA HERMOSA
No. 5598 de 2015	16 de noviembre de 2015	15 de febrero de 2016	APOYO TECNICO EN SISTEMAS	$ 4,662,000	VISTA HERMOSA
No. 808 de 2016	16 de febrero de 2016	31 de mayo de 2016	APOYO TECNICO EN SISTEMAS	$ 5,810,000	VISTA HERMOSA
No. 2257 de 2016	01 de junio de 2016	31 de marzo de 2017	APOYO TECNICO EN SISTEMAS	$ 16,600,000	VISTA HERMOSA

Las actividades realizadas conforme a las obligaciones contractuales según la relación de contratos son:

1.) Ejecutar las acciones de intervención a la cual ha sido asignado como Técnico(a) en Sistemas con criterios de calidad a fin dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el Plan de Intervenciones Colectivas de la Localidad, el plan de salud territorial y el Plan Operativo Institucional, en el horario establecido por la coordinación de Salud Pública. 2.) Ejecutar las acciones de las intervenciones asignadas en cumplimiento de los lineamientos y fichas técnicas; realizando las respectivas acciones de mejora. 3.) Apoyar, según los requerimientos del área los procesos de los demás componentes y subcomponentes del plan de intervenciones colectivas. 4.) Apoyar los procesos de digitación de información de los diferentes componentes del PIC o de los proyectos bajo responsabilidad del grupo funcional Salud Publica desde su área de competencia. 5.) Desarrollar y Entregar informes a la luz de: cronogramas, lineamientos, planes de trabajo, entre otras intervenciones, sustentados en los soportes de las actividades realizadas durante el periodo. 6.) Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos. 7.) Ejecutar acciones según Plan de Trabajo y elaboración de Cronograma de Actividades. 8.) Guardar la debida reserva sobre los asuntos que conozca con ocasión de la ejecución del presente contrato. 9.) Participar de las intervenciones convocadas por Salud Publica. 10.) Soportar actividades de Auditoria Interna y Externa. 11.) Actuar con lealtad, responsabilidad y buena fe durante la celebración, ejecución y terminación del presente contrato y aun con posterioridad a esta. 12.) Tener disponibilidad para dar respuesta a las emergencias y urgencias ocurridas en la Localidad de acuerdo a su área de formación. 13.) Las demás obligaciones inherentes al objeto del contrato. 14.) Realizar la revisión de los Lineamientos Técnicos dados por la SDS y que son propios de su intervención y realizar apropiación de los mismos. 15.) Dar cumplimiento a la meta y productos establecidos por la SDS y que den cumplimiento al contrato suscrito por el Hospital Vista Hermosa. 16.) El producto presentado debe cumplir con atributos de calidad, oportunidad, y veracidad. 17.) Programar las actividades según la programación del insumo de transporte que tenga el Hospital para dar cumplimiento a la meta. 18.) Realizar la entrega mensual del consolidado de sus Actividades para la respectiva revisión y verificación de productos. 19.) El valor de glosas generadas al HVH por mala calidad en productos e inoportunidad en los mismos será recobrada al contratista

responsable. 20.) Participar en las actividades programadas por la ESE. 21.) Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme a los Lineamientos del Proceso de Gestión documental. 22.) Realizar los aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, conforme a los establecido por la ley. 23.) Dar respuesta a los requerimientos solicitados desde la SDS y la ESE.

La presente certificación no reconoce derechos laborales, en virtud a que se trata de un Contrato por prestación de servicios para independientes regulado por el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y demás normas concordantes.

Se advierte que la información contentiva de la presente certificación fue tomada de la base de datos que reposa en la Entidad.

Para confirmar los datos que contiene esta certificación o solicitar información adicional favor comunicarse al Área de Contratación, línea telefónica **7428585 Ext. 1153** Código de Verificación LQK:@VU6T

La certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a), para ser presentada a **QUIEN INTERESE** a los **02 días del mes de Noviembre del 2017.**

MARY ALEJANDRA GUARNIZO DEVIA
PROFESIONAL ESPECIALIZADA AREA CONTRATACIÓN
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

FUNCIONARIO/ CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado por:	Victoria Torres B.	Técnico Administrativo	Tunal	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	

Las presentes actuaciones administrativas se ejecutan en cumplimiento con lo establecido en el artículo 2 del Acuerdo Distrital 641/2016 del Concejo de Bogotá con el cual se efectuó la reorganización del sector salud de Bogotá, con base en lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 que regula la modificación de las entidades públicas mediante las figuras de reestructuración, fusión, supresión o liquidación; en el presente caso de fusión, no implica solución de continuidad para el ejercicio de la función o prestación del servicio.

Mediante Decreto 171/2016 se designó para el periodo de transición a los Gerentes de las E.S.E. resultantes de la fusión orde nada en el Acuerdo 641/2016, (Subred Integrada de Servicios de Salud) con las funciones previstas en el artículo 5, tanto para efectos de subrogación, obligaciones y perfeccionamiento del proceso de fusión.

En cumplimiento de los principios administrativos previstos en el Código Procesal Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **de responsabilidad y eficacia**, se continuará operando de conformidad con lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 hasta tanto se asegure la operación de la Subred Sur, a fin de evitar vacíos e inseguridad jurídica.

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por tanto lo presentamos para la respectiva firma.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.023.893.180**

OSPINA AVENDAÑO

APELLIDOS

HARRISSON

NOMBRES

Harrisson Ospina A

FIRMA



Scanned by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-FEB-1990**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

14-FEB-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00074921-M-1023893180-20080920 **0003**563525A 1 25740232

Scanned by CamScanner

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14488450114

(415)7707212489984(8020) 000001448845011 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1023893180	3	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	1023893180	2008 02 14

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
OSPINA	AVENDAÑO	HARRISSON	

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 31 SUR 1 A 50

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
harristonn@hotmail.com		3645280	3188223436

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7490	2010 07 21						

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																								

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2018 10 18

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: OSPINA AVENDAÑO HARRISSON

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

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

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

Fecha:22/10/2018

CONTRIBUYENTE	C.C. 1023893180	HARRISSON OSPINA AVENDA¿O

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 31 1A 50 SUR Teléfonos: 3188223446

Dirección electrónica: ospinaharrisson@gmail.com Ciudad: Bogotá, D.C. Municipio: Bogotá DC

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

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: NO REGISTRA Fecha desde: NO REGISTRA

Fecha inicio de Actividades: NO REGISTRA Fecha de cese de Actividades: NO REGISTRA No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 74902 - Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p. en el ejercicio de una profesión liberal

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

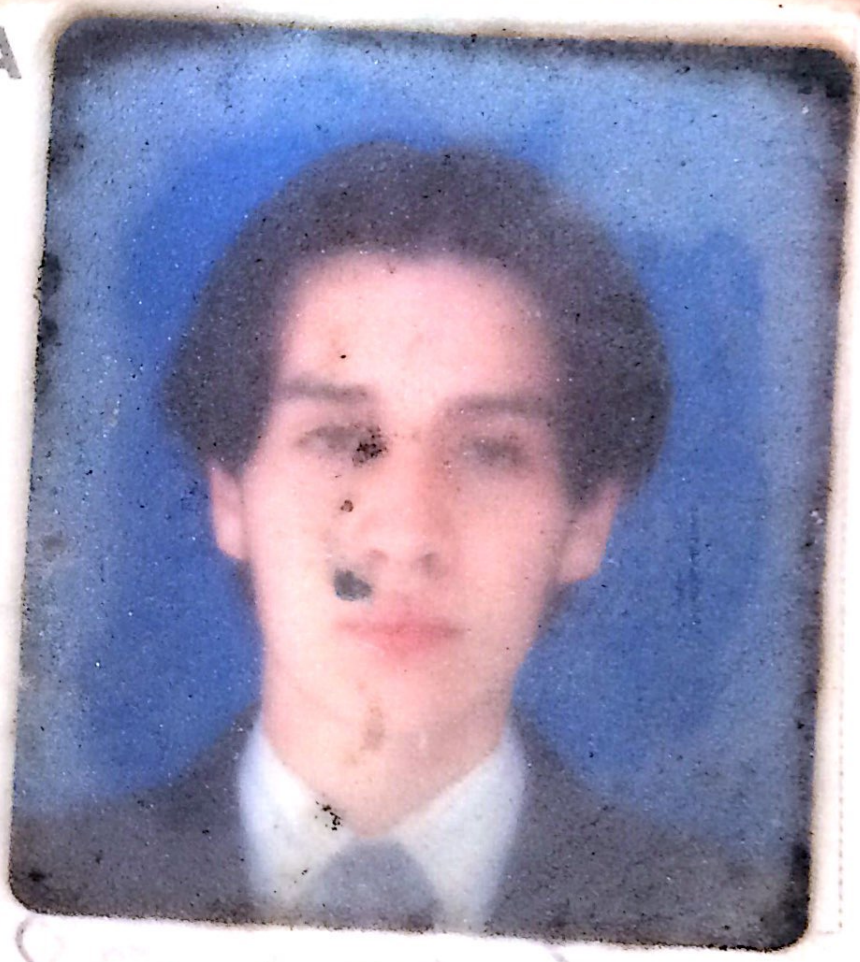
REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Fuente: RIT-SHD

REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase



NÚMERO 90020359403

APELLIDOS Y NOMBRES

OSPINA AVENDAÑO

HARRISSON

PERTENECE AL EJERCITO DE:

1ª LÍNEA	2ª LÍNEA	3ª LÍNEA
31 - DIC 2020	31 - DIC 2030	31 - DIC 2040

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP.: 14-MAY-2007

CDTE. DE DISTRITO

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

COPNIA

Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

Certificado de Inscripción Profesional Auxiliar No.

25656-056177 CND

Fecha de Expedición:**02/06/2017**

Nombre:
HARRISSON
OSPINA AVENDAÑO

Identificación:
C.C. 1023893180

Profesión:
TECNICO PROFESIONAL EN SISTEMAS Y T/COMUNICACIONES

Institución:
NUEVA AMERICA FUNDACION DE EDUCACION SUPERIOR



160784/1014

Este es un documento público expedido en virtud de la Ley 842 de 2003, que autoriza al titular a ejercer como Profesional Auxiliar de la Ingeniería en el Territorio Nacional.

PRESIDENTE DEL CONSEJO

En caso de extravío debe ser remitida al COPNIA. Calle 78 No. 9-57 primer piso
Línea Nacional: 01 8000 116590

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento

DATOS DEL PACIENTE. Bogotá D.C, 21/jul/2017 09:41 am



Nombres: HARRISON OSPINA AVENDAÑO
Tipo de Documento: CC **Documento** 1023893180
Sexo: M **F. Nacimiento**: 03/feb/1990 **Edad**: 25.4 años
Entidad: HOSPITAL VISTA HERMOSA PRIMER NIVEL DE ATENCION **Cargo:** TECNICO EN SISEMAS

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado el Examen Médico Ocupacional de **INGRESO**, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

1	APTO (A) Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	Si	X	NO	
2	APTO (A)CON RESTRICCIONES QUE NO IMPIDEN SU DESEMPEÑO	Si		NO	
3	APTO CON PATOLOGIAS QUE PUEDEN AGRAVARSE CON EL TRABAJO	SI		NO	
4	CON RESTRICCIONES TEMPORALES PARA EL CARGO (APLAZADO)	Si		NO	
5	CON RESTRICCION ABSOLUTA PARA EL CARGO	Si		NO	
6	APTO (A) PARA MANIPULACIÒN DE ALIMENTOS	Si		NO	

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:NINGUNA

Recomendaciones: NO

	Evitar sobrecargas mayores a 25 Kg.
	Acudir a consulta médica en su EPS para manejo y control por:
	Nutricionales - Cambios de estilo de Vida
	Valoración o control Optométrico
	Otras:

Requiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica **NO**

C.VISUAL		C.AUDITIVA		R.BIOMECANICO		NUTRICIONAL		CARDIOVASCULAR	
RIESGO QUIMICO				OTROS:					

Exámenes Realizados:

Medico	X	Osteomuscular énfasis Espalda			Optometria		Agudeza Visual			Audiometría			
Espirometría		Psicométrico		Frotis Garaganta		KOH	RH		Coprológico		P. de O		
Glucosa		Hemograma		Serología		P. Alcohol	Drogas			Baciloscopia (BK)			
E.K.G.		Manipulación de Alimentos			Vacuna Tétanos			Enfasis Cardiovascular					
Perfil Lipidico		F. Renal		F. Hepatica		Alturas	Otros:						

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera. Cualquier omision o falsedad sera causa justa de finalizacion del contrato.

ANALISIS Y CONCEPTO: VIVIANA OSPINA ORTIZ
Bogotá D.C, 21/jul./2017 09:41 am

Viviana Ospina Ortiz/M.D.
ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA No. 4633 DEL 15/04/2014
R.M
Especialista Salud Ocupacional

Firma Examinado
C.C. No 1023893180

BOGOTÁ SEDE PRINCIPAL
Calle 19 No. 3 50 Pno 12 Edificio Barichara Tels.: (+1) 285 45 05 - 282 68 17 - 286 53 82

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19 08 | Tels.: (+1) 282 64 29 - 342 49 34

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17 82 | Tels.: (+1) 447 00 68 - 447 14 01 - 414 63 87

SEDE OCCIDENTE 2
Av. Cra. 68 No. 17-96 | Tels.: (+1) 414 63 97 - 260 92 84

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 83-29 | Tels.: (+1) 805 18 75 - 610 57 75 - 610 57 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 83 89 | Tels.: (+1) 257 93 25 - 256 23 62

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal. 351 No. 32B - 42 Sur, Villamayor | Tel.: (+1) 458 58 19 - 203 96 94

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A - 25 Interior 141 - Oficina 408 | Cel.: 311 446 4011

CARTAGENA DE INDIAS
Calle 32 No. 9 45 La Matuna piso 7, Antiguo Banco Del Estado Tels.: (+5) 660 01 52 - 660 08 07

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3 11 Oficina 2001 Edificio Pacific Trade Center | Tel.: (+2) 240 47 34 | Cel.: 318 369 1118

MEDELLÍN
Carrera 80 No. 44 B -91 Barrio La América | Tels.: (+4) 412 11 45 - 416 70 11 | Cel.: 312 426 4286

CALI
Calle 18 Norte No. 4 N - 47 Barrio Versalles Cel.: 312 452 7316

www.cendiatra.com

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI [ ] NO [x]	SI [ ] NO [X]	Subred Integrade de Servicios de Salud Centro oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA												# NIT	900.959.051-7
GOBIERNO [ ]	SERVICIOS [ ]	SALUD [X]											
EXPORTACIONES [ ]	AGRICOLA [ ]	ENERGETICA [ ]	FINANCIERA [ ]	TRANSPORTE [ ]	TECNOLOGIA [ ]	ALIMENTOS [ ]	MEDICAMENTOS [ ]						
OTRA [ ]	CUAL [X]												

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Carrera 13 No. 26 a 34 sur	5966600	Bogota/cundinamarca	Bogota	Colombia

CARGO ACTUAL	Tecnico Soporte	FECHA VINCULACION	2017-03-01

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	$ 1.830.000	GASTOS FAMILIARES	$ 400.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	$ 600.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**$ 1.830.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 1.000.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 0**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 0**

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
Vargas	Martinez	Héctor	Fernando
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cl 35a 3a 21 sur	Bogota/Cundinamarca/Colombia	Amigo	4648412

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVINEDA	CUENTA AHORRO	7170494574	Iserra 100	

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 [ ] EXPORTACIONES [ ] TRANSFERENCIA [ ] 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 aqui 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 entregare a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesion, negocio, etc.)

Ingenieria

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
ESTRATEGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

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

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

FECHA:	2018-12-17	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

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

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Ospina	Avendaño	Harrisson			

TIPO DE IDENTIFICACION					No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C	X	C.E		R.C		1.023.893.180	Bogota	2008-02-14
PASAPORTE		OTRO				ES RESIDENTE EN COLOMBIA?	SI X	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
[redacted]	Bogota/cundinamarca	Colombia	Colombiano

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) / VIUDO(A)	x	CASADO(A)	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE			3188223436

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cll 31 sur # 1a-50	Bogota	Cundinamarca	Colombiano	3645280

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

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO		ESTUDIANTE		HOGAR		PENSIONADO	
SOCIO		CONTRATISTA	X	COMERCIANTE		EMPLEADO PUBLICO	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE		EMPLEADO SOCIO				OTRA	

CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA			IVA			CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI			SI	NO X	7490	
		NO	X	ICA	SI	NO X	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:

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

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Codigo 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 efectuare 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 liquidacion 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 ultimos 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 ultimos tres meses o certificación firmada por contador publico 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, telefono 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 seran 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 tecnicos , 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 satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributacion 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 informacion 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 podran 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 esteernos, 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 seleccion de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios tecnicos 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 biometricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideracion que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Basica 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 onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION. Que como titular de la informacion, 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, seran: 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 sarlafft a subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevencion y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***

9.AUTORIZACION. 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 informacion 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:		

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) HARRISSON OSPINA AVENDAÑO identificado(a) con CC 1023893180 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**05/06/2017**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO QUIROGA**
Categoría:	**A**

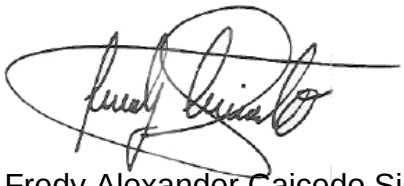
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 18 días del mes de octubre del año 2018 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **OSPINA AVENDAÑO HARRISSON** identificado(a) con **CC** número **1.023.893.180** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 03 de marzo de 2011 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 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

2018121708294

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	1023893180	HARRISON OSPINA AVENDANO	RAFAEL URIBE-SEDE ADMINISTRATIVA	1	0.522%	07/11/2018		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 14 de Diciembre del año 2018.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

1023893180	Bolivar
Numero de Documento	ARL

Harrisson		Ospina	Avendaño
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

03/02/1990	Bogotá	Cll 31 sur #1a-59	3188223436
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

famisanar	Proteccion	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Tecnico Sistemas	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

Ospinaharrisson@gmail.com	3188223436
Correo Electronico	Celular

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119268661

WEB
08:16:24

Bogotá DC, 17 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) HARRISSON OSPINA AVENDAÑO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023893180:

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 lunes 17 de diciembre de 2018, a las 08:17:55, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1023893180
Código de Verificación	1023893180181217081755

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. 2616430

Bogotá D.C., 17 de Diciembre de 2018 - 8:19 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **HARRISSON OSPINA AVENDAñO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL VEINTITRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CIENTO OCHENTA** de BOGOTÁ,D.C.

1023893180

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_LF6AX_198
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 08:31:25 horas del 17/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1023893180**
Apellidos y Nombres: **OSPINA AVENDAÑO HARRISSON**

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.

Volver al Inicio

DAVIVIENDA

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **18/10/2018**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor HARRISSON OSPINA AVENDAÑO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1023893180**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570007170494574**
Fecha de apertura	**03/02/2012**

Cordialmente,

DAVIVIENDA
221 - OFICINA CIUDAD JARDIN BOGOTA

BANCO DAVIVIENDA