



Buscar por proceso

Menú

Buscar...

Confirmación de registro de la entidad

Id de página: 14091741 Ayuda ?

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones NESTOR OSWALDO SOLER VARGAS,

NESTOR OSWALDO SOLER VARGAS con el NIT 79840670 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

OBSERVACIONES	
1	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
2	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
3	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
4	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
5	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
6	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
7	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
8	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
9	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
10	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
11	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
12	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
13	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
14	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
15	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
16	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
17	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
18	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
19	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
20	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
21	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
22	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
23	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
24	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
25	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
26	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
27	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
28	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
29	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
30	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
31	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
32	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
33	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
34	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
35	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
36	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
37	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
38	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
39	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
40	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
41	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
42	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
43	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
44	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
45	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
46	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
47	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
48	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
49	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
50	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
51	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
52	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
53	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
54	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
55	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
56	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
57	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
58	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
59	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
60	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
61	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
62	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
63	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
64	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
65	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
66	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
67	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
68	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
69	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
70	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
71	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
72	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
73	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
74	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
75	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
76	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
77	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
78	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
79	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
80	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
81	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
82	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
83	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
84	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
85	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
86	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
87	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
88	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
89	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
90	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
91	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
92	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
93	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
94	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
95	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
96	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
97	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
98	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
99	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO
100	NO SE ENCONTRÓ EL REGISTRO



Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Soler	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Vargas	NOMBRES Néstor Oswaldo
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 79 840.670	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD PAÍS COL. ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒	NÚMERO 79 840.670	D.M. 03
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA 14 MES 04 AÑO 1976 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá MUNICIPIO Bogotá	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Cra 94 A # 65-41 sur Bq 1 casa 20 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá MUNICIPIO Bogotá TELÉFONO 728 72 91 EMAIL neossova@hotmail.com	

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO:	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	11	FECHA DE GRADO
										☒	MES 12 AÑO 1995

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
T.C	03	☒		Auxiliar de Enfermería	08	1999	79.840.670

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Inglés	☒			☒			☒		
Francés	☒			☒			☒		

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS 344 44 84	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 10 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL Auxiliar de Enfermería Ambulancia	DEPENDENCIA Ambulancia	DIRECCIÓN C11 34 # 5-43	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Universitario Clínica San Rafael	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.clinicasanrafael.com.co	
TELÉFONOS 328 23 00	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 08 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DÍA 12 MES 10 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO Auxiliar de Enfermería	DEPENDENCIA Urgencias	DIRECCIÓN Cra 8 # 17-45	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Cooperativa de Trabajo Asociado Cis CTA	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ciscsta2009@gmail.com	
TELÉFONOS 703 72 94/211 2881	FECHA DE INGRESO DÍA 06 MES 09 AÑO 2010	FECHA DE RETIRO DÍA 05 MES 09 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO Auxiliar de Enfermería	DEPENDENCIA Dpto médico 6m Colmotores	DIRECCIÓN Cra 7 # 70A-21	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD Sipro Cooperativa	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá	MUNICIPIO Bogotá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.sipro.com.co	
TELÉFONOS 256 87 99	FECHA DE INGRESO DÍA 01 MES 08 AÑO 2008	FECHA DE RETIRO DÍA 01 MES 09 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO Auxiliar de Enfermería	DEPENDENCIA Dpto médico 6m Colmotores	DIRECCIÓN Cra 47 # 91-80	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

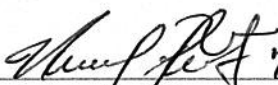
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	05	01
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	03	02
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	00	00
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	08	03

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá D.C. Noviembre 22 de 2017


79840670
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.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, NESTOR OSWALDO SOLER VARGAS

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 79840670 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País COLOMBIA

Departamento Bogotá D. C.

Municipio BOGOTA D. C.

Dirección CRA 94A#65-41 SUR BLOQUE 1 INTERIOR 20

Teléfonos 3204905777 7287291

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JOSE DE JESUS SOLER FAGUA	0	PADRE
MARIA ISABEL VARGAS DE SOLER	20332353	MADRE
DIEGO ANDRES SOLER OLAYA	1000159429	HIJO(A)
KEVIN JOSE SOLER OLAYA	1001045177	HIJO(A)
NICOLAS SOLER OLAYA	1011208444	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 17.800.000,00
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
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	35362490	AVENIDA CALLE DIEZ	\$ 2.500,00
BANCOLOMBIA	AHORROS	62424200927	SAN MATEO	\$ 5.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
INMUEBLE	VIVIENDA	\$ 50.000.000,00

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

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

**FORMULARIO ÚNICO****DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.**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 ☒ N ☐ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE	No.
LUZ ADRIANA OLAYA PEREZ	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	52975444

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
79840670
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTABogotá D.C. Noviembre 22/2017
CIUDAD Y FECHA



El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

El Colegio Distrital Bomberos
Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de
Bogotá, según Resolución No. 1122 del 18 de Mayo
de 1995.

Confiere a:

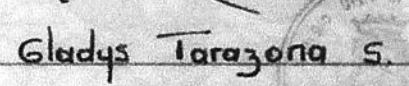
Néstor Oswaldo Soler Vargas

Identificado(a) con C.C. No. 79'840.670 de Bogotá

El Título de
Bachiller Académico

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




Rector(a)

Gladys Tarazona S.
Secretaria(a)

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUNDACION SAN JUAN DE DIOS



ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA DEL
INSTITUTO MATERNO INFANTIL
DE BOGOTA

LICENCIA DE INICIACION DE LABORES No. 000194 DE LA SECRETARIA
DE EDUCACION DE BOGOTA, D.E.

CERTIFICADO

Concedido a

Nestor Oswaldo Soler Vargas

C.C. No. 79.840.670 de Santafé de Bogotá,

POR HABER CURSADO Y APROBADO EL PROGRAMA DE ESTUDIOS TEORICO- PRACTICO
ESTABLECIDO POR EL MINISTERIO DE SALUD, QUE LO CAPACITAN PARA EJERCER

Como Auxiliar de Enfermería

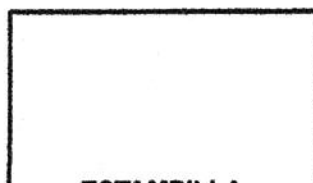

DIRECTORA DE LA ESCUELA

BOGOTA, D.E.


SECRETARIA DE LA ESCUELA

AGOSTO 6 DE 1999

Aprobado por Resolución N° 000491 de Junio 30 de 1949, Ministerio de Salud





CA - 12021050



ALCALDIA MAYOR DE SANTA FE DE BOGOTA D. C.
Secretaría de Educación

Inscripción SED 3010

CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL DE EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA SAN PEDRO CLAVER
(Antiguo Colegio Bomberos)

Resolución No. 6548 Del 30 de Septiembre De 1997

JORNADA TARDE

Aprobado por resolución No. 1122 del 18 de Mayo de 1995

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

INSCRIPCION S.E.D. 3010

INSCRIPCION DANE 11100124507

En la ciudad de Santafé de Bogotá, D. C., a los cuatro (4) días del mes de diciembre de 1995 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación, de los alumnos del último grado, los miembros del Consejo Directivo en Coordinación del CENTRO EDUCATIVO DISTRITAL SAN PEDRO CLAVER, ANTES COLEGIO DISTRITAL BOMBEROS, JORNADA TARDE, institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de EDUCACION MEDIA VOCACIONAL y autorizada por la Secretaría de Educación del Distrito para otorgar el título de BACHILLER EN MODALIDAD ACADEMICO, según Resolución No. 1122 del 18 de mayo de 1995.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de EDUCACION MEDIA VOCACIONAL se procedió a otorgar el título de BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

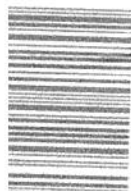
SOLER VARGAS NÉSTOR OSWALDO C.C. No.79.840.670 Bogotá D.E.

Es fiel copia tomada del acta original general No. 007 de fecha 04 de Diciembre de 1995, que consta de 34 alumnos; que comienza con el nombre de ARGUELLO GÓMEZ YUMARY y se cierra con el nombre de VELAZCO DÍAZ MARITZA.

Firmado por **CARLOS F. ZAMUDIO V.** (Rector) Teniendo en cuenta el acta de Secretaría (revisión de documentos) y Acta del Comité de Promoción.

Dada en Santa Fe de Bogotá, D. C., a los doce (12) días del mes de septiembre del 2001.

CARLOS FERNANDO ZAMUDIO V.
Rector
C.C. 19.334.480 de Bogotá





LA SUSCRITA DIRECTORA DE LA ESCUELA DE AUXILIARES DE
ENFERMERÍA DEL INSTITUTO MATERNO INFANTIL
HACE CONSTAR QUE EN EL LIBRO NUMERO DOS DE ACTAS DE
CERTIFICACION COLECTIVA BAJO LOS FOLIOS 38, 39 Y 40 APARECE
UN ACTA QUE DICE

Acta N° 146

En Santa Fé de Bogotá D.C. a los 6 días (6) del mes de Agosto de mil novecientos noventa y nueve (1999), en la capilla del Hospital San Juan de Dios, se llevó acabo la ceremonia de certificación del grupo de estudiantes de la Escuela de Auxiliares de Enfermería del Instituto Materno Infantil "Concepción Villaveces de Acosta" quienes cumplieron los estudios teórico prácticos y los requisitos exigidos por el Ministerio de Salud.

El acto fue presidido por el Dr. Manuel Mercado subdirector del Instituto Materno Infantil, Esperanza Manrique Directora de la Escuela, las enfermeras docentes, Sonia Dávila Tavel, Mónica Montaña, Maritza Pérez y Alba Cecilia Gómez. Las alumnas que recibieron el certificado que las acredita como Auxiliares de Enfermería son :

NESTOR OSWALDO SOLER VARGAS
C.C. N°79.840.670 de Bogotá

Luego que el Dr. Manuel Mercado dirigió algunas palabras a los asistentes y que la Directora de la Escuela tomó el juramento de rigor a los nuevos auxiliares de enfermería, se entregaron los respectivos certificados

Aparecen las firmas de los asistentes al acto.

Dada en Bogotá a los treinta días (30) días del mes de Junio de dos mil seis (2006).

Lic. ESPERANZA MANRIQUE PEREZ
RMNS 41549.709
Reg. 41549709



La República de Colombia
y en su nombre

ESCUELA DE SALUD TERESA DE CALCUTA

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 056 del 17 de Diciembre de 2003
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 019 del 7 de Mayo de 2004
emanada de la Secretaría de Educación del municipio de Soacha - Cundinamarca

Certifica:

NÉSTOR OSWALDO SOLER VARGAS

Que:

c.c 79.840.670 DE BOGOTÁ Asistió al curso Básico de
LABORATORIO CLINICO

Con una intensidad de 20 horas

Jenny Marcela Galindo
Representante Legal
ESCUELA DE SALUD
TERESA DE CALCUTA



Flor Marina Gomez
Directora
ESCUELA DE SALUD
TERESA DE CALCUTA

Jenny Marcela Galindo Gomez
Representante Legal

Flor Marina Gomez de Galindo
Directora Administrativa

Instructor

Dado En Soacha, Cundinamarca a los Once (11) días del mes de Diciembre de 2015



Nit 900651664-8

NO74016112016

Certifica que:

NESTOR OSWALDO SOLER VARGAS

Identificado (a) con documento No.

CC. 79.840.670 de Bogotá

Asistió y aprobó el curso

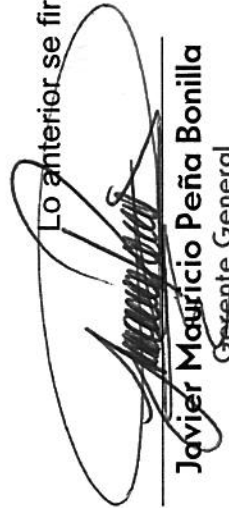
**MANEJO Y ADMINISTRACION DE
MEDICAMENTOS**

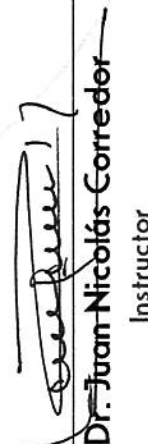
Con una intensidad horaria de 10 HORAS

Realizado los días 16 de Noviembre de 2016

Curso que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 4904 de 2009 Art 5.8 y acreditando 10 horas de educación continua e informal

Lo anterior se firma en Bogotá DC. el Día 16 del mes de Noviembre del 2016.


Javier Mauricio Peña Bonilla
Gerente General


Dr. Juan Nicolás Corredor
Instructor


Roberto Velá Reyes.
Instructor Soporte Vital Básico

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

NESTOR OSWALDO SOLER VARGAS

C.C.: 79840670

Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

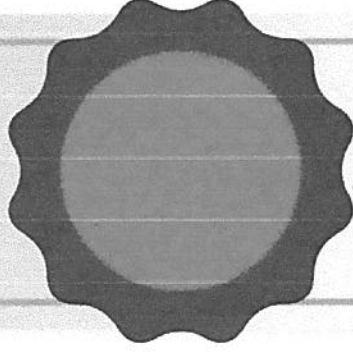
Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016



Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.



José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.



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

Bogotá, D.C

Señores

Escuela de Auxiliares de Enfermería del Instituto Materno Infantil
(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Néstor Oswaldo Soler Vargas, 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:

Auxiliar de Enfermería
(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:



No. de documento: 79840670 B12

Tarjeta profesional No.: 79840670

Dirección de contacto: Cra 94A # 65-41 sur

Teléfono: 728 72 91



Hospital Universitario
Clínica San Rafael

Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

**EL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO
DE LA CLINICA SAN RAFAEL**

HACE CONSTAR

Que el(a) Señor(a) SOLER VARGAS NESTOR OSWALDO, identificado con cédula de ciudadanía Número 79840670 trabajo en la Institución en el cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA, quien laboro en el centro de gestión de URGENCIAS. Desde la fecha 22 de Agosto del 2012 y hasta el 12 de Octubre del 2012

Se expide el presente en Bogotá D.C., el 23 días del mes de ENERO de 2013.



EMILIO ALDANA
Jefe de Nomina Talento Humano.



Cooperativa de Trabajo Asociado

CIS C.T.A.

ESPECIALIZADA EN SALUD

Res. Min. Prot. Social No. 002452 de Agosto 31 de 2009
NIT. 900345208-0

Bogotá D. C. 5 de septiembre de 2011

Señor(a) asociado(a):

NESTOR OSWALDO SOLER VARGAS

C.C. 79.840.670

E. S. M.

**Asunto. Terminación del Convenio Cooperativo de Trabajo Asociado por
inexistencia del puesto de trabajo.**

Respetado Asociado,

Con la presente le informamos que conforme al artículo 3 del Estatutos y los artículos 5 y 9 del Régimen de Trabajo Asociado de CIS CTA, así como el Convenio de Trabajo Asociado suscrito por usted, la Gerencia General de esta Cooperativa ha declarado la inexistencia del puesto de trabajo mediante el cual usted aporta su trabajo a esta Cooperativa lo cual ocurre por la pérdida de los servicios mediante los cuales esta Cooperativa lo ubicaba en un puesto de trabajo, por esta razón su ultimo día aporte de trabajo a esta Cooperativa fue el día cinco (5) de septiembre de dos mil once (2011).

Desde el día en que usted este cesante, esta Cooperativa desplegara sendas diligencias con el fin de reubicarlo, pero si es su deseo, puede reclamar a esta Cooperativa sus aportes y derechos económicos si usted no quiere seguir siendo afiliado a la misma.

En caso de usted quiera seguir siendo asociado nuestro, aun sin estar aportando trabajo, debe pagar mensualmente la suma equivalente al 2% de su ultima compensación ordinaria mensual por concepto de aportes a esta Cooperativa.

El valor correspondiente a sus derechos económicos será pagado en la sede administrativa de esta Cooperativa ubicada en la Cra 7 N° 70 A - 21 teléfono 7037294 - 2112881 en la ciudad de Bogotá.

Atentamente,

NOHRA PACHECO BOHORQUEZ

Directora Recursos Humanos

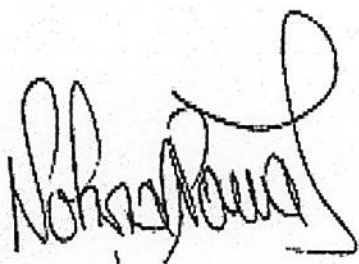
COOPERATIVA INTEGRAL DE SALUD "CIS CTA"

CERTIFICACIÓN

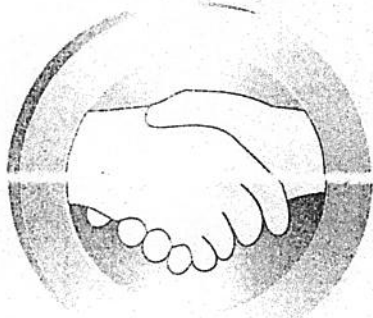
Certificamos que el señor **SOLER VARGAS NESTOR OSWALDO**, identificado con Cédula de Ciudadanía No. **79.840.670** fue asociado de la **COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO SISTEMAS PRODUCTIVOS EN SIPRO** desde el día 01 de Agosto del año 2008 hasta el día 01 de Septiembre del año 2010 a través de orden de prestación de servicio, desempeño el cargo de **ENFERMERO** en la ejecución de prestación de servicios cooperativos celebrado con **G M COLMOTORES**, su retiro fue voluntario, devengando las compensaciones propias de su puesto de trabajo con sujeción a los parámetros del régimen de compensaciones de la Cooperativa.

Se expide a solicitud de la interesada a los Quince (15) días del mes Agosto del año 2012.

Cordialmente,



NOHORA STELLA PARRA G.
Gerente Administrativa Financiera.



Carrera 47 No.91 - 80 Barrio La Castellana
PBX: 256 87 99 FAX: 610 57 14 - www.sipro.com.co
Bogotá, D.C. Colombia



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.840.670**

SOLER VARGAS

APELLIDOS

NESTOR OSWALDO

NOMBRES

[Signature]

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **14-ABR-1976**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 **A+** **M**

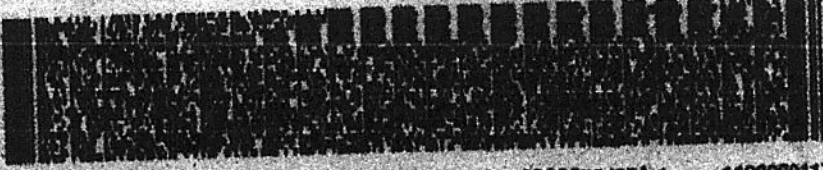
ESTATURA G.S. RH SEXO

08-DIC-1994 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *[Signature]*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANIBAL GARCIA TORRES

INDICE DERECHO



A-1800150-00255567-M-0079840870-20100815 0023925485A 1 1190020117

 DIAN <small>Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales</small>	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal	 MIVISCA <small>Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado</small>	001																																																										
2. Concepto 0 2 Actualización <small>Espacio reservado para la DIAN</small>		4. Número de formulario 14438218291																																																											
		 <small>(415)7707212489984(8020)0000014438218291</small>																																																											
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 7 9 8 4 0 6 7 0 - 6 6. DV: 6 </div>		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá																																																											
		14. Buzón electrónico 3 2																																																											
IDENTIFICACION																																																													
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3																																																											
26. Número de identificación: 7 9 8 4 0 6 7 0		27. Fecha expedición: 1 9 9 4 1 2 0 8																																																											
Lugar de expedición 28. País: COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento: Bogotá D.C. 1 1																																																											
30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1																																																													
31. Primer apellido SOLER	32. Segundo apellido VARGAS	33. Primer nombre NESTOR	34. Otros nombres OSWALDO																																																										
35. Razón social:																																																													
36. Nombre comercial:																																																													
UBICACION																																																													
38. País: COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento: Bogotá D.C. 1 1																																																											
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1																																																													
41. Dirección principal CR 94 A 65 41 SUR BL 1 IN 20																																																													
42. Correo electrónico: neossova@hotmail.com		43. Código postal <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>																																																											
		44. Teléfono 1: 3 2 0 4 9 0 5 7 7 7																																																											
		45. Teléfono 2: <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>																																																											
CLASIFICACION																																																													
Actividad económica		Ocupación																																																											
Actividad principal 46. Código: 8 6 9 1 47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 7 1 1 5		48. Código: 49. Fecha inicio actividad:																																																											
50. Código: 1 2		51. Código:																																																											
Responsabilidades, Calidades y Atributos																																																													
53. Código: 2 0																																																													
20- Obtención NIT																																																													
Obligados aduaneros		Exportadores																																																											
54. Código: <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											11	12	13	14	15	16	17	18	19	20											<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>55. Forma</td> <td>56. Tipo</td> <td>Servicio</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>57. Modo</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>58. CPC</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3			57. Modo						58. CPC			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																				
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																																																				
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 ☒		60. No. de Folios: 0																																																											
61. Fecha: 2 0 1 7 1 1 5																																																													
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 SOLER VARGAS NESTOR OSWALDO 985. Cargo: CONTRIBUYENTE																																																											

CONTRIBUYENTE NIT 79840670-6 NESTOR OSWALDO SOLER VARGAS

Información General

Dirección KR 94 A 85 41 SUR BL 1 IN 20

Teléfonos 3114078677

Dirección electrónica neossova@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 05/12/2014

Soporte Inscripción 16371836

Fecha Inicio Actividades 05/12/2014

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86911-ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO (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: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002374406


REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
 Tarjeta Reservista Segunda Clase

79840670
SOLER VARGAS
NESTOR OSWALDO

PERTENECE AL EJERCITO DE:
 1A. LINEA ²⁰⁰⁶ 2A. LINEA ²⁰¹⁸ 3A. LINEA ²⁰²⁶
 31 - DIC. 31 - DIC. 31 - DIC.

PROFESION
BACHILLER
19-MAY-2004
 FECHA EXPEDICION



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
 - Tomar posesión de los empleos públicos o privados
 - Ingresar a la carrera administrativa
 - Obtener o renovar el pase o licencia para conducir vehículos
 - Registrar título como profesional y ejercer la profesión
 - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
 - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad

2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe electar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.


CT ALBERTO FONSECA BECERRA
 Comandante de Zona

0878274



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION

06-06-2000

SOLER VARGAS

NESTOR OSWALDO

CC 79840670

SALUD

AUXILIAR DE ENFERMERIA

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



Secretaría
SALUD

ALCALDIA MAYOR SANTA FE DE BOGOTÁ

OCT 14 1999

Resolución No 6076 de
Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá

Por la cual se refrenda un CERTIFICADO para el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) SOLER VARGAS NESTOR OSWALDO identificado(a) con CC número 79840670 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la refrendación de su CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA ESC. DE AUX DE ENFER DEL INST. MATERNO INFANTIL el día 06/08/1999 y registrado en el libro XX Folio XX año XX

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Refrendar el CERTIFICADO que autoriza a SOLER VARGAS NESTOR OSWALDO identificado(a) con CC número 79840670 expedida en SANTAFE DE BTA para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde refrendó el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 12 de Octubre de 1999

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C. a los

12 de octubre de 1999

El señor(a) SOLER VARGAS NESTOR OSWALDO

Identificado con CC No. 79840670 BTA

En resolución No. 6076 de OCT 14/99

Por el señor(a) NESTOR OSWALDO SOLER

Identificado con CC No. 79840670 BTA

MARIA PAZ AZULA GRANADA

Directora de Desarrollo de Servicios de Salud

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

79840670

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

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



LABINTOX S.A.S.

SALUD OCUPACIONAL - LABORATORIO CLINICO - TOXICOLOGIA

FECHA : Octubre 19 y 20 de 2015
NOMBRE : SOLER VARGAS NESTOR OSWALDO
CEDULA : 79,840,670
EMPRESA : HOSPITAL PABLO VI DE BOSA I NIVEL E.S.E. - CAMI II

CONSEC. : 57
EDAD : 39
SEXO : M

HEPATITIS B, Anti - HBs					
RESULTADO	: > 2000 mUI/mL				
VALORES DE REFERENCIA	Títulos Anticuerpos HBs				Tiempo de Protección
	Menor	de	10	mUI/mL	Vacunar o aplicar refuerzo
	10	a	100	mUI/mL	6 meses
	100	a	1000	mUI/mL	2 años
	1000	a	10000	mUI/mL	3 - 5 años
METODO	Mayor	de	10000	mUI/mL	6 años
	Después de 6 años aplicar refuerzo				
METODO	: Quimioluminiscencia				

LABINTOX S.A.S.
Licencia S.O.12960
M^a Idalith Castañeda TP 41.785.631

Resultado Normal
Tomar titulación en el año 2020

Analizado por: [Firma]
Elaborado por: [Firma]
M. B. 513-518

DATOS DEL PACIENTE.

Bogotá D.C, 10/dic/2015 04:37 pm

Nombres: NESTOR OSWALDO SOLER VARGAS

Tipo de Documento: CC Documento 79840670

Sexo: M F. Nacimiento: 14/abr/1976 Edad: 39.6 años

Entidad: HOSPITAL PABLO VI DE BOSA Cargo: aux de enfermería

Fecha y Hora entrega resultados: 10/dic/2015 04:40 p



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) FISICA / MENTALMENTE 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 MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS	Si		NO	

Tipo de Restricciones ó Limitaciones: **NINGUNA**

Recomendaciones: SI

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

Requiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica										SI	
C.VISUAL	X	C.AUDITIVO		R.		NUTRICIONAL		CARDIOVASCULAR			
				BIOMECANICO							
RIESGO QUIMICO				PREVENCION DE ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES							

Exámenes Realizados:

Medico	X	Osteomuscular énfasis Espalda	Optometria	Agudeza Visual	Visiometria		
Espirometría		Audiometría	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		Psicométrico	F. Hepatica	Alturas	Otros:		

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

ANALISIS Y CONCEPTO: DR.(A): VIVIANA OSPINA ORTIZ ESP SO 4633/2014

Bogotá D.C, 10/dic./2015 04:37 pm

Viviana Ospina Ortiz M.C.
ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA No. 4633 DEL 15/04/2014
R.M. 1863
Especialista Salud Ocupacional

[Firma]
Firma Examinado
C.C. No. 79840.670 Bta.

BOGOTÁ SEDE PRINCIPAL
Calle 19 No. 3-50 Piso 12 Edificio Barichara Tels.:
(+1) 281 45 05 - 286 5893 - 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 76 - 610 57 71

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

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal. 35) No. 328 - 42 Sur, Villamayor Tels.: (+1) 458 58 19 - 203 96 94

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A - 25 Edificio Business Center Interior 141 - Oficina 408 Tels.: 312 446 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 Tels.: (+2) 240 47 34 - 240 2055 Tels.: 318 369 1118

MEDELLÍN
Carrera 80 No. 44 B-91 Barrio La América Tels.: (+4) 412 11 45 - 416 70 11 Tels.: 312 426 4246

CALI
Calle 18 Norte No. 4 N-47 Barrio Versailles Tels.: (+2) 380 9956 - 382 7337 Tels.: 312 452 7316



Ambulancias
Primeros Auxilios

NIT 900.036.920-1

CERTIFICA QUE:

NESTOR OSWALDO SOLER VARGAS

Identificado con c.c. 79.840.670 de Bogotá.

Participo y aprobó el curso de **SOPORTE VITAL BÁSICO**

Con una intensidad de 20 horas

Realizado en Bogotá los días 11 y 12 de Agosto de 2017

Valido por dos (2) años.

NEIL ANDREW BAIN FARACICA
Director Médico
Ambulancias Primeros Auxilios

ROBERTO VELA REYES
Instructor AHA

JUAN CARLOS MORALES RODRIGUEZ
Gerente General
Ambulancias Primeros Auxilios



Ambulancias
Primeros Auxilios

NIT 900.036.920-1

CERTIFICA QUE:

NESTOR OSWALDO SOLER VARGAS

Identificado con c.c. 79.840.670 de Bogotá.

Participo y aprobó el curso de **SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO**

Con una intensidad de 48 horas

Realizado en Bogotá los días 11 y 12 de Agosto de 2017

Valido por dos (2) años.

NEIL ANDREW BAIN FARACICA
Director Médico
Ambulancias Primeros Auxilios

ROBERTO VELA REYES
Instructor AHA

JUAN CARLOS MORALES RODRIGUEZ
Gerente General
Ambulancias Primeros Auxilios

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

FECHA: 2017-11-22 CIUDAD: BOGOTA D.C. DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.

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	
SOLER		VARGAS		NESTOR		OSWALDO	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	79,840,670		BOGOTA D.C.	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒			
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:	
1976-04-14		BOGOTA D.C.		COLOMBIA		COLOMBIANO	
ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS	
SOLTERO(A) ☐ CASA ☒ DIVOR ☐ DO(A) ☐ UNION LIBRE ☐				4		3	
						TELEFONO CELULAR	
						3204905777	

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ TECNICO ☐ BACHILLER ☐ OTRO ☒ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ CUAL:

DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		PAIS RESIDENCIA:	
CRA 94 A # 65-41 SUR		BOGOTA D.C.		BOGOTA D.C.		COLOMBIA	
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA			
neossova@hotmail.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	
OLAYA		PEREZ		LUZ		ADRIANA	
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52,975,444		BOGOTA D.C.	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒		NACIONALIDAD: COLOMBIANA	

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA ☐			
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		CODIGOS C 11 U ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐ IVA		8691	
		NO ☒ ICA		PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒	

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA			
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒
		# NIT	900959051-7		
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐
OTRA ☐	CUAL: <input type="text"/>				
DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS	
Dg 34 # 5-43	3444484	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	COLOMBIA	
CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA AMBULANCIA		FECHA VINCULACION	2012-10-22	

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	\$ 1.494.000	GASTOS FAMILIARES	\$ 950.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	\$ 3.500.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	\$ 50.000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	\$ 150.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$ 1.494.000	TOTAL EGRESOS	\$ 1.100.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 50.000.000	TOTAL PASIVOS	\$ 3.500.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
LETRADO	PENAGOS	HAROLD	GILBERTO
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CALLE 56 A SUR # 82A-12	BOGOTAD.C.	COMPAÑERO DE TRABAJO	3125594729

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DE BOGOTA	CUENTA DE AHORROS	35362490	Av calle 19	3820000

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 entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

DESEMPEÑO DE ACTIVIDADES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

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

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

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

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

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

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACIÓN 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 PAÍSES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

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

Declaro expresamente:

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

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

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

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

[Handwritten Signature] 79840670

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION		
1. Fecha	2. Ciudad	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la verificación:		
5. Observaciones:		
6. Firma y cédula:		



**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7**

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) NESTOR OSWALDO SOLER VARGAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 79.840.670 , se encuentra Afiliado en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20130920	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 22 días del mes de Noviembre de 2.017

Observaciones:

Con destino a:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

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

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
8761953

CER-AFI



LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **NESTOR OSWALDO SOLER VARGAS** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **79840670**, se encuentra afiliado (a) desde **16/12/1993** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	Multivinculación Decreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/08/2008	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de noviembre de 2017.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Gerencia Nacional de Servicio al Ciudadano

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

79840-670

Numero de Documento

Bolivar

ARL

Néstor

Primer Nombre

Oswaldo

Segundo Nombre

Soler

Primer Apellido

Vargas

Segundo Apellido

14/04/1976

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

Cra 94A # 65-41 sur

Dirección de Residencia

7 28 72 91

Teléfono Fijo

Compensar

EPS - Salud

Colpensiones

AFP - Pensiones

\$ 8300 / Hora

Honorarios

Asistente de Enfermería Ambulancia

Objeto Contractual (Cargo)

10/01/2017

Fecha Inicio del Contrato

neossora@hotmail.com

Correo Electrónico

320 49 05 777

Celular

 79840670

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.



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 1505666909402, 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	79840670	NESTOR OSWALDO SOLER VARGAS	RAFAEL URIBE-UPA QUIROGA	3	2.436%	16/03/2017		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 22 de Noviembre del año 2017.

Firma Representante Legal

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 102050424



WEB
15:38:44
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 22 de noviembre del 2017

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) NESTOR OSWALDO SOLER VARGAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79840670:

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.

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 miércoles 22 de noviembre de 2017, a las 15:51:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	79.840.670
Código de Verificación	953528812017

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO



Bogotá D.C., 22 de Noviembre de 2017 - 15:46 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) **NESTOR OSWALDO SOLER VARGAS**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **SETENTA Y NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA MIL SEISCIENTOS SETENTA** de BOGOTÁ, D.C.

79840670

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **11_8K3EV_4615**

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

[Inicio](#)[Institución](#)[Contáctenos](#)

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 22/11/2017 a las 15:45:58 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 79840670 y Nombres: SOLER VARGAS NESTOR OSWALDO

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

[Volver al Inicio](#)

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 24-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8 am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 400
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co



Presidencia
de la República



Ministerio
de Defensa



Gobierno
en Línea



Portal Único
de Contratación



Todos los derechos reservados 2011.

Banco de Bogotá



Nit. 800.002.984.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que SOLER VARGAS, NESTOR OSWALDO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 79.840.670 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 035362490, abierta/o desde el 04/08/2008.

Se expide en Bogotá el día 14 del mes de Noviembre del año 2016

Ely Proaños Carrasquín

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO