Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN TALENTO HUMANO FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS	CÓDIGO: AP-TH-FT-013 VERSIÓN: 05 FECHA: 2017-11-08

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		FECHA:		Nº FOLIOS:	
NOMBRE DEL CANDIDATO			DOCUMENTO:		
TELEFONO			ACTIVIDAD SOLICITADA:		

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FISICO

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

1	NECESIDAD DE PERSONAL OPS				
2	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				
3	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐	NO ☐		

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II	SI ☐			
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☐			
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☐			
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☐	N/A ☐		
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI ☐	N/A ☐		
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☐	NO ☐		
7	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI ☐	N/A ☐		
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI ☐	N/A ☐		
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA	SI ☐	N/A ☐		
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☐			
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIIU _____ FECHA _____	SI ☐			
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI ☐			
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☐	N/A ☐		
14	TARJETA PROFESIONAL	SI ☐	N/A ☐		
15	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRISTAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☐	N/A ☐		
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☐	N/A ☐		
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI ☐	N/A ☐		
18	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes/ 6 meses / 1 año - 10 años de vigencia) Y/O Ó TITULACIÓN (reactiva)	SI ☐	N/A ☐		
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☐			
20	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI ☐	N/A ☐		
21	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI ☐	N/A ☐		
22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI ☐	N/A ☐		
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI ☐	N/A ☐		
24	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI ☐	N/A ☐		
25	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI ☐	N/A ☐		
26	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAFT) - Completamente diligenciado	SI ☐			
27	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: _____	SI ☐			
28	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____	SI ☐			
29	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: _____	SI ☐			
30	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☐			
31	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☐			
32	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☐			
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☐			
34	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI ☐			

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V°B° Proceso Solicitante:		Fecha:	
V°B° Talento Humano:		Fecha:	
V°B° Contratación:		Fecha:	

Información general

Logo de la entidad	
Nombre de la entidad	JAVIER JOAQUIN ZAGARRRA ESCORCIA
Nombre abreviado	JAVIER JOAQUIN ZAGARRRA ESCORCIA
Fecha de incorporación	8 días de tiempo transcurrido *(16/11/2017 12:18 PM(UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*
País de origen	COLOMBIA
NIT	12560004
Tipo Entidad Estatal / Proveedor	Persona Natural colombiana
Código UNSPSC	
Zona horaria	
Idioma	
Moneda por defecto	

Información de contacto

Dirección	CALLE 63 F 85 H 14 APARTAMENTO 202 BARRIO VILLA LUZ
País	COLOMBIA
Ciudad	Distrito Capital de Bogotá
Municipio	
Código postal	
Teléfono de oficina	3103492706
Fax de oficina	
Correo electrónico de la oficina	javierzagarra@gmail.com
Correo electrónico para notificaciones SECOP II	javierzagarra@gmail.com

Dirección	Estado	País	Teléfono

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Página web

Página web	
Facebook	
URL linkedin	
URL de youtube	
Twitter URL	

Contacto principal

Título	
Nombre	JAVIER JOAQUIN ZAGARRRA ESCORCIA
Cargo	
Teléfono	

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: 25-nov-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
ZAGARRA	ESCORCIA	JAVIER JOAQUIN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 12560004

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 12560004 D.M 12

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 1 MES AGO AÑO 1963

PAÍS COLOMBIA

DEPTO Magdalena

MUNICIPIO SANTA MARTA

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 63 F 85 H 14 APTO 202 VILLA LUZ

PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

TELEFONO 8034598

EMAIL javierzagarra@yahoo.com.br

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 ACADDEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DIC AÑO 1981
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
ES	6	X		ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	3	2000	12560004
UN	12	X		MEDICO Y CIRUJANO	1	1989	12560004

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACION DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACION PUBLICA

Última Actualización: 25-nov-2017

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CLINICA CANDELARIA		X	COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7158223	DIA 11 MES 11 AÑO 2004	DIA 20 MES 10 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO PEDIATRA	PEDIATRIA	CARRERA 29 63 A 11 SUR

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	0	0
PRIVADO	9	11
PARTICULAR	0	0
TOTAL	9	11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 180/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento BOGOTA DC, 25 NOV/17.

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

Última Actualización: 25-nov-2017

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

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 12560004 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País COLOMBIA **Departamento** Bogotá D. C. **Municipio** BOGOTA D. C.

Dirección CALLE 63 F 85 H 14 APTO 202 VILLA LUZ **Teléfonos** 3103492706 8034598

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
OSIRIS MARGARITA POLO JIMENEZ	32711007	CONYUGE
SAMUEL ANDRES ZAGARRA POLO	1014978384	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	$ 184.200.000,00
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
DAVIVIENDA	AHORROS	0083 8033 2687	RESTREPO	$ 65.000.000,00
DAVIVIENDA	AHORROS	8685	BARRANQUILLA	$ 2.321.305,00
DAVIVIENDA	OTRA	0858	BOGOTA	$ 712.046.075,00
DAVIVIENDA	OTRA	8685	BARRANQUILLA	$ 528.648.134,00
BBVA	AHORROS	0200153192	BOGOTA	$ 26.419.642,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	APTO BARRANQUILLA BOSTON	$ 65.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
NATIONAL WESTERN LIFE	SEGURO DE VIDA	$ 4.000.000,00

COOMEVA COOPERATIVA	COOPERATIVA MEDICA	$ 150.000,00
SERVICIOS DOMESTICA	EMPLEADA DOMESTICA	$ 700.000,00
COLEGIO REAL ESCANDINAVO	COLEGIO PRMARIA	$ 850.000,00
METLIFE	SEGURO DE VIDA Y PENSION	$ 6.120.000,00
VARIOS IMPREVISTOS	VARIOS	$ 95.000.000,00

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
SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRIA	ACTIVO
COLEGIO COLOMBIANO DE GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA	ACTIVO

c)En la actualidad: SI (X) N ( ) tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE	No.
OSIRIS MARGARITA POLO JIMENEZ	C.C( ) C.E( ) T.I.( )	32711007

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
LAS INHERENTES A LA PEDIATRIA	ACITIVIDAD MEDICA

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTA DC Nov 17

CIUDAD Y FECHA

República de Colombia

Universidad Libre

Seccional del Atlántico

La Facultad de Medicina, representada por la Consiliatura, el Rector, el Decano, y el Consejo Directivo, por autorización del Ministerio de Educación Nacional y en nombre de la República de Colombia otorga el título de:

MEDICO Y CIRUJANO

a

JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA

con C. C. No. 12'560.004 de SANTA MARTA

En atención a que ha hecho los estudios reglamentarios. En consecuencia testifica que es idóneo para ejercer su profesión en todos los niveles e instancias.

En fe de lo expuesto se le expide el presente

DIPLOMA

Que firmamos y sellamos con los sellos de la Universidad en la ciudad de Barranquilla, a 27 de ENERO de 1989

El Rector

El Secretario Gral.

El Decano

El Secretario de la Facultad

El Gobernador del Departamento del Atlántico

El Jefe de Educación Médica

Registrado al folio No. 1.140 del Libro de Diplomas No. 12 de la Universidad Libre

Barranquilla, Enero 27- 1989

Ministerio de Educación:

Ciudad y fecha

Reconócese este Diploma para los efectos legales

El Ministro

Anotado al folio del Libro No.

Secretaría de Educación:

Barranquilla, Abril 17 de 1.990

Registrado bajo el No. 3.945

Del Libro No. 63

Folio No. 063

El Secretario de Educ.

Barranquilla,

Ministerio de Salud Pública

Profesiones Médicas y Auxiliares

Reconoce el Título para efectos legales.

Ciudad y fecha

Bogotá,

15 AGO 1996
Barranquilla
La presente copia (FOTOCOPIA) corresponde con el ORIGINAL que he tenido a la vista.
ANTONIO GUZMAN N.
NOTARIO SEGUNDO
BARRANQUILLA

República Federativa do Brasil

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

FACULDADE DE MEDICINA — HOSPITAL SÃO LUCAS



CERTIFICADO

JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA

POR TER CONCLUIDO O CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PEDIATRIA, CUMPRINDO COM OS REQUISITOS ESTABELECIDOS PELA UNIVERSIDADE E AS DISPOSIÇÕES LEGAIS DA FACULDADE DE MEDICINA, NO PERÍODO DE 03.03.1997 À 02.03.2000, É CONFERIDO O TITULO DE

ESPECIALISTA

PORTO ALEGRE, 04 DE AGOSTO DE 2000.

Prof. Dr. Urbano Zilles
Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação da PUCRS

Prof. Dr. Luiz Carlos Bodanese
Diretor da Faculdade de Medicina da PUCRS

Bel. Leomar Bammann
Diretor Geral e Administrativo do HSL da PUCRS

Prof. Dr. Délio José Klipper
Coordenador do Departamento de Pediatria

LA NOTARIA QUINTA DE BARRANQUILLA (E)
C E R T I F I C A :
Que el presente documento es fiel foto-
copia del original que he
tenido a la vista. 03 ENE. 2001
Barranquilla

REPUBLICA DE COLOMBIA
GLORIA AMPARO MACIAS R.
ENCARGADA
NOTARIA QUINTA DE BARRANQUILLA
Gloria Amparo Macias Rueda
Notaria Quinta de Barranquilla

UNIVERSIDAD LIBRE

SECCIONAL DEL ATLANTICO

FACULTAD DE MEDICINA

BARRANQUILLA
CARRERA 46 No. 48-170
TELEGRAFO: UNILIBRE
TELEFONO: 415-109
A. AEREO 1752

DECANATURA

ACTA DE GRADO No. 1-145
Decima quinta
Promoción 1.989

Barranquilla 15 AGO. 1990
"La presente copia (FOTOCOPIA) corresponde con el ORIGINAL que he tenido a la vista."
ANTONIO BELTRAN GALINDO
NOTARIO PRIMERO
CIRCULO DE BARRANQUILLA

Graduación, Enero 27 de 1.989
Ceremonia Solemne.

En la ciudad de Barranquilla a los 27 días del mes de Enero de 1.98 9, se instaló en el Decanato de la Facultad de Medicina de la Universidad Libre de Colombia- Seccional del Atlántico, aprobada mediante Resolución No 2519 de Dic. 16 de 1.98 3, del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), el Honorable Consejo Directivo, y considerando que el alumno:

ZAGARRA ESCORCIA JAVIER JOAQUIN C.C. No. 12.560.004 de Santa Marta

llenó previamente todos los requisitos que las normas legales y los reglamentos de la Universidad exigen, resuelve otorgarle el título de:

MEDICO Y CIRUJANO

según las disposiciones vigentes.
El Secretario dió lectura a las calificaciones obtenidas durante seis (6) años de estudio y el promedio obtenido fué aprobado así:

TRES OCHO SIETE (3.87)

El Rector de la Universidad Libre de Colombia, Doctor JACOBO MARQUEZ IGUARAN, en nombre de la República de Colombia y de la Universidad, por el Ministerio de la Ley, toma el juramento de rigor y hace entrega del respectivo diploma.

En testimonio de todo lo expuesto, se firma la presente Acta por los que en ella han intervenido,
Decano (Fdo) ANRONIO BELTRAN GALINDO
y Secretario Académico (Fdo) RICARDO SAAD ISSA
Es fiel copia del original.

DECANO

SECRETARIO

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION Número 06320 - 1 MAY 1990

Por la cual se concede una autorización

EL DIRECTOR DE VIGILANCIA Y CONTROL,

En ejercicio de la delegación conferida por resoluciones números 05301 y 05665 de 1983 según facultad otorgada por el Decreto 3134 de 1956, y

C O N S I D E R A N D O:

Que JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA con cédula de ciudadanía número 12.560.004 de SANTA MARTA ha solicitado el registro de su TITULO De MEDICO Y CIRUJANO

Que le otorgó LA UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL DEL ATLANTICO

El 27 DE ENERO DE 1.989

Que dicho TITULO se encuentra debidamente refrendado en la Secretaría de Educación de ATLANTICO

Al folio 063 del Libro 63 de 17 DE ABRIL DE 1.990

Que CUMPLIO EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN LA SECCIONAL DE SALUDDEL ATLANTICO

La presente fotocopia corresponde exactamente con la auténtica que tuvimos a la vista
Barranquilla 17 AGO 1990

R E S U E L V E:

ARTICULO UNICO.- Autorízase a JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA para ejercer la profesión de MEDICO Y CIRUJANO en el territorio nacional, previa anotación correspondiente.

COMUNIQUESE Y PUBLIQUESE

Por el Ministro de Salud,

WILLIAM RODRIGUEZ URIBE
Director Vigilancia y Control

JUDITH GUZMAN PARRA
Jefe Sección Profesiones

SFG

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

D I P L O M A

Curso de Especialização em Gastroenterologia Pediátrica

Certificamos que o Dr. Javier Zagarra Escorcia atuou na Unidade de Gastroenterologia Pediátrica, do HSL-PUCRS, acompanhando o serviço em horário integral no período de 02 de março de 2000 à 02 de março de 2001. Ressaltamos ainda que o Dr. Javier Zagarra Escorcia, durante o período aqui prestado, desempenhou suas atividades no Curso de Especialização em Gastroenterologia Pediátrica com dedicação, interesse e competência.

Porto Alegre, 02 de março de 2001.

Prof. Dr. Délio josé Kipper
Coordenador do Departamento de Pediatria e
Chefe do Serviço de Pediatria do HSL-PUCRS

Prof. Dr. José Vicente Noronha Spolidoro
Responsável pela Gastroenterologia Pediátrica
do HSL-PUCRS

Av. Ipiranga , 6690
Caixa Postal 1429
90610-000 Porto Alegre – RS –m Brasil

Fone: (XX51) 320.3000 r. 2737
FAX: (XX51) 315.2400
E-mail: pediatria@pucrs.br

ICFES
LA EDUCACIÓN SUPERIOR

SUBDIRECCIÓN DE MONITOREO Y VIGILANCIA

RESOLUCIÓN Nº. 007058 DE 20

(14 SET. 2001)

Por la cual

Se convalida un título obtenido en el exterior

LA SUBDIRECTORA DE MONITOREO Y VIGILANCIA del
INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR
ICFES

En uso de sus atribuciones legales y en especial las que le confiere la ley 30 de 1992, el decreto 2662 de 1999 y la resolución 274 de 2000 del ICFES,

CONSIDERANDO :

Que JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 12.560.004 de Santa Marta (Madg.), presentó ante este instituto el título de CURSO DE ESPECIALIZACAO EM PEDIATRIA, otorgado el 4 de agosto de 2000, por la PONTIFICIA UNIVERSIDADE CATOLICA DO RIO GRANDE DO SUL, Porto Alegre, Brasil para su convalidación, mediante solicitud radicada con el No. 18583/2001;

Que además presenta el título de MEDICO Y CIRUJANO, expedido el 27 de enero de 1989, por la Universidad Libre de Colombia Seccional del Atlántico, Barranquilla, Colombia.

Que los estudios fueron evaluados por el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario;

Que de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada en forma legal se llega a la conclusión de que es procedente la convalidación solicitada;

RESOLUCION NUMERO 001058 DE 20 HOJA No. 14 SET. 2001

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior a JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia, el título de CURSO DE ESPECIALIZACAO EM PEDIATRIA, otorgado el 4 de agosto de 2000, por la PONTIFICIA UNIVERSIDADE CATOLICA DO RIO GRANDE DO SUL, Porto Alegre, Brasil, a JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía 12.560.004 de Santa Marta (Madg.), como equivalente al título de ESPECIALISTA EN PEDIATRIA que otorgan las instituciones colombianas de educación superior, de acuerdo con la ley 30 de 1992.

ARTICULO SEGUNDO.- La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición interpuesto, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santafé de Bogotá, D. C. a los 14 SET. 2001

LILIA EUGENIA ORTIZ GARCIA
Subdirector(a) de Monitoreo y Vigilancia

NOTIFICACION PERSONAL
NOMBRE: Gabriela Yepes de Pava
FIRMA: Gabriela Yepes de Pava
C.C. Nº. 21452174

19 SET. 2001

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

Bogotá, D.C

Señores

PONTIFICIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

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

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA, 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:

ESPECIALISTA EN PEDIATRIA

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:

No. de documento: C.C. 12.560.004

Tarjeta profesional No.: 12.560.004

Dirección de contacto: CALLE 63 F # 85 H-14, APTO 202, B. VILLA LUZ, BOGOTA DC

Teléfono: 310-3492706

LA SUSCRITA COORDINADORA DE GESTION HUMANA DE

CLINICA CANDELARIA IPS S.A.S.
NIT 830.016.163-3

CERTIFICA

Que el (la) Señor (a) ***JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA***, identificado (a) con cedula de Ciudadanía Nº ***12560004*** *de* ***BARRANQUILLA***, estuvo vinculado (a) por medio de contrato de prestación de servicios, desde el ***1*** *de* ***FEBRERO*** *de* ***2005*** al ***18*** *de* ***NOVIEMBRE*** *de* ***2014,*** prestando sus servicios profesionales como ***MEDICO PEDIATRA***.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 18 días de Noviembre de 2014.

Cordialmente,

Clínica Candelaria Ips S.A.S
NIT. 830.016.163-3
DIRECCION GESTION HUMANA

CARMEN GUERRERO
Coord. Gestión humana
Clínica Candelaria IPS SAS

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

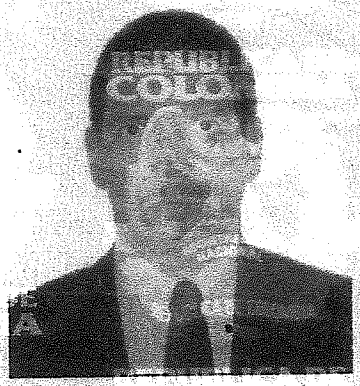
NUMERO **12.560.004**

ZAGARRA ESCORCIA

APELLIDOS

JAVIER JOAQUIN

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-AGO-1963**

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	O-	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-SEP-1982 SANTA MARTA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00191055-M-0012560004-20091028 **0017**508491A 1 1360112851

DIAN®

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14364351997

(415)7707212489984(8020) 000001436435199 7

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 2 5 6 0 0 0 4	1 9 8 2 0 9 1 7

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ZAGARRA	ESCORCIA	JAVIER	JOAQUIN

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 63 F 85 H 14 AP 202

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
javierzagarra@yahoo.com.br		8 0 3 4 5 9 8	3 1 0 3 4 9 2 7 0 6

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 5 0 1 0 3					2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

16- Obligación facturar por ingresos bienes y/o servic e

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 6 0 2 2 4

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: FLOREZ BRICEÑO ELBA CECILIA

985. Cargo: Gestor I

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 24-02-2016 03:49:16PM

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 18-03-2015
Hora: 3:56:52 PM

CONTRIBUYENTE NIT 12560004-5 JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA

Información General

Dirección CL 63 F 85 H 14 AP 202

Teléfonos 8034598/3103492706

Dirección electrónica javierzagarra@yahoo.com.br

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 30/04/2007

Soporte Inscripción 8922965

Fecha Inicio Actividades 30/04/2007

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86211-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ HUMANA

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


REPUBLICA DE COLOMBIA

Fuerzas Militares

Tarjeta de Reservista de Segunda Clase

PERTENECE AL EJERCITO DEL

UNEA	2a. LINEA	3a. LINEA
93	03	A

12

APELLIDOS Y NOMBRES: BACHILLER 81

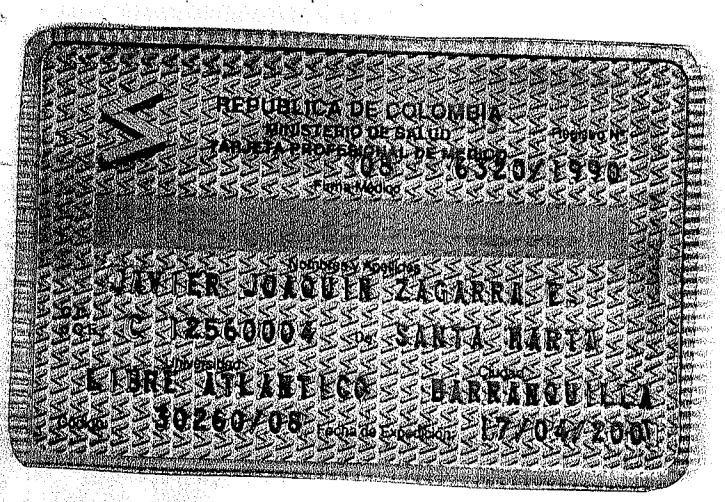
CLASE No. 1004 FECHA 050202

RECIBO No. 041190 FECHA 20030211

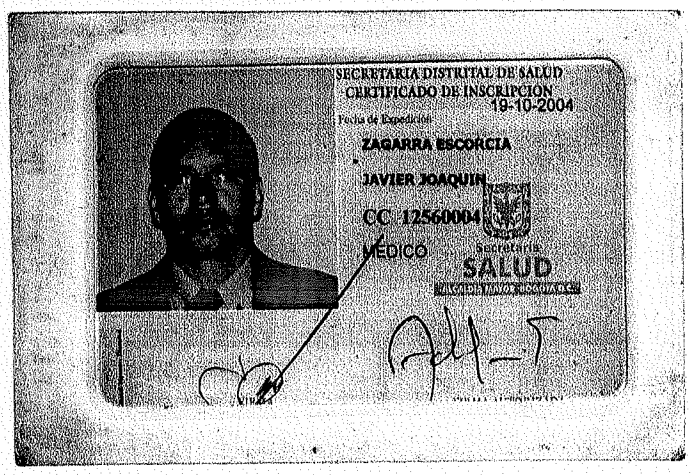
EXPEDIDA POR:

TENIENTE MINISTRO DE LA LUZ SOHENO CARDENAS

COMANDANTE DISTRITO MILITAR No. 12


REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO
Registro N°
108 6320/1990
Nombres y Apellidos
JAVIER JOAQUIN ZAGARRA E.
C 12560004 De SANTA MARTA
Universidad
LIBRE ATLANTICO
Ciudad
BARRANQUILLA
30260/08
17/04/200


FIRMA MINISTRO DE SALUD
ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE
CONFORMIDAD AL DECRETO N° 1465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE
DE 1990
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA
AL MINISTERIO DE SALUD



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
Fecha de Expedición 19-10-2004

ZAGARRA ESCORCIA

JAVIER JOAQUIN

CC 12560004

MEDICO

Secretaría
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 *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

12560004

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).

Assunto: Re: skanner

De: Tribunal Nacional Etica Médica Antecedentes (antecedentestribunal@outlook.com)

Para: javierzagarra@yahoo.com.br;

Data: Quarta-feira, 22 de Novembro de 2017 10:53

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23/81 – Artículo 63

Recibimos su solicitud, la cual está en trámite. El informe de antecedentes puede reclamarlo personalmente o mediante autorización en el Tribunal Nacional de Ética Médica, ubicado en la calle 147 No. 19-50 oficina 32 del Centro Comercial Futuro 147 Bogotá, a partir del día miércoles 29 de noviembre del año en curso. Se solicita tener en cuenta esta fecha al momento de la reclamación para que sea más diligente la entrega de su documento.

El horario de entrega de los informes es lunes a viernes de 08:00 am a 04:30 pm, jornada continua.

Más información en http://www.tribunalnacionaldeeticamedica.org

Atentamente,

John Jairo García

Técnico Administrativo

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Jose Joaquin .

Apellidos: Zagara.

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No. 12 360004.

Fecha de Nacimiento: Día 01 Mes 08 Año 1963

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	01-08-10	UWA 12014	
	2	01-09-10	UWA 12019	
	3	01-03-11	UWA 12017.	
	R			

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

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad Bogota Fecha 24/07/2016
Nombre Javier Joaquin Zagara Escorcia
Identificación 12560004
Fecha de nacimiento 1/Agosto/1963 Edad 53.
Cargo Medico Pediatra
Género MASCULINO X FEMENINO ___
Empresa Hospital La Victoria
Empresa usuaria ___

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO X PERIODICO ___ EGRESO ___ OTRO ___

CONCEPTO

EX. INGRESO APTO X APTO APLAZADO ___ APTO CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ___
EXAMEN PERIÓDICO SIN RESTRICCIONES ___ CON RESTRICCIONES ___
EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO ___ NO SATISFACTORIO ___

ESTADO INTEGRAL DE SALUD

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Examen medico Satisfactorio
VISIOMETRÍA ___
AUDIOMETRÍA ___
ESPIROMETRÍA ___
EXAMENES PARACLÍNICOS ___
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES Higiene Postural, Pausas activas laborales ejercicios de estiramiento dieta y control de peso.

Médico
Dr. Camilo Rey Pérez
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
R.M. 1487

Nombre, firma y sello del médico
Registro médico 114388
Licencia en S.O. 14858

Paciente

Firma del paciente
Nombre Aviel Zagarra Escorcia
Cedula 12560004

Fundación INSIMED
Instituto de Simulación Médica

La Fundación INSIMED

CERTIFICA QUE:

JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA

C.C. No. 12560004

Ha participado en el Curso de:

REANIMACION NEONATAL

Realizado en La Fundación INSIMED el día 19 de Septiembre de 2015, con una intensidad de 8 horas Teórico Prácticas.

Bogotá, D.C.

Guillermo Ortiz M.D.
Director Ejecutivo Fundación INSIMED
Fellow en Simulación Clínica –
Center For Medical Simulation

Nº 2284

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

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

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

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

FECHA: NOV/17	CIUDAD: BOGOTA DC	DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ZAGARRA	ESCORCIA	JAVIER	JOAQUIN

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	12560004	SANTA MARTA	1982/08/17
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1963/08/01	SANTA MARTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	3	#1	3103492706

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CLL 63F # 8G H-44 APTO 202	BOGOTA DC	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	8034798

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
javierzagarra@yahoo.com.br	—	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
SOLO	SUAREZ	OSPINA	MARGARITA

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	32711007	BARRANQUILLA	1985/06/28
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐	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 CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI ☒ NO ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	8621	
		ICA	SI ☒	NO ☐	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA								# NIT
	GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒				900496017
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐	
OTRA ☐ CUAL:								

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DG 34 # 5-43	3444484	BOGOTA DC	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL			FECHA VINCULACION	NOV/2004

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 3'170.000	GASTOS FAMILIARES	5.000.000	AHORROS	1.200.000.000	HIPOTECA	—
HONORARIOS	—	ARRIENDOS	—	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	—
ARRIENDOS	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS	—	DEUDA VEHICULOS	—
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES	69.000.000	DEUDAS TERCEROS	280.000.000
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	5.000.000	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
TOTAL INGRESOS	$ 3'170.000	TOTAL EGRESOS	10.000.000	TOTAL ACTIVOS	1'269.000.000	TOTAL PASIVOS	280.000.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
—	IMPUESTOS, SEGUROS, COLEGIO, UNIVERSIDAD, SALUD, CANASTA FAMILIAR		—

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
CORREA	CAPOTO	JOSE	ALFREDO
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CL 12 4A B # 71-69	BOGOTA D C	AMIGO	310-344 1773

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CTA DE AHORROS	008380332687	RESTREPO	330 0000

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

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
NATIONAL WESTERN LIFE	SEGUROS DE VIDA	0A0116760L4	USA, AUSTIN (TEXAS)	DOLARES	1.493,36

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIAS [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] OTRA [X]

CUAL: SEGUROS DE VIDA

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

ACTIVIDADES COMO MEDICO ORTOPEDISTA

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 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 ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, 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 artículo 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 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 trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

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

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

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

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.

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

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica 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 información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.*(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

REPUBLICA DE COLOMBIA

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Declaración de Renta y Complementarios Personas Naturales y Asimiladas No Obligadas a llevar Contabilidad

PRIVADA

210

1. Año: 2015

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2111617037982

(415)7707212489984(8020) 000211161703798 2

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
1256000044	5	ZAGARRA	ESCORCIA	JAVIER	JOAQUIN	32

24. Actividad económica: 8621

Si es una corrección indique: 25.Cód. 26. No. Formulario anterior

27. Fracción año gravab. 2016 (Marque "X") [ ] 28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque"X") [ ] 29. Cambio titular inversión extranjera (Marque"X") [ ]

Patrimonio	Total patrimonio bruto	30	1,167,833,000
	Deudas	31	175,000,000
	Total patrimonio líquido	**32**	992,833,000
Ingresos	Recibidos como empleado	33	0
	Recibidos por pensiones jubilación, invalidez, vejez, de sobreviviente y riesgos laborales	34	0
	Honorarios, comisiones y servicios	35	222,406,000
	Intereses y rendimientos financieros	36	2,232,000
	Dividendos y participaciones	37	0
	Otros (Ventas, arrendamientos, etc.)	38	0
	Obtenidos en el exterior	39	0
	Total ingresos recibidos por concepto de renta	**40**	224,638,000
No Constitut. renta ni gan ocasional	Dividendos y participaciones	41	0
	Donaciones	42	0
	Pagos a terceros por alimentación	43	0
	Otros ingresos no constitutivos de renta	**44**	51,000
	Total ingresos no constitutivos de renta ni ganancia ocasional	**45**	51,000
	Total ingresos netos	**46**	224,587,000
Costos y deducciones	Gastos de nómina incluidos los aportes a seguridad social y parafiscales	47	4,451,000
	Deducción por dependientes económicos	48	10,859,000
	Deducción por pagos de intereses de vivienda	49	0
	Otros costos y deducciones	50	65,601,000
	Costos y gastos incurridos en el exterior	51	0
	Total costos y deducciones	**52**	80,911,000
Renta	**Renta líquida ordinaria del ejercicio**	**53**	143,676,000
	o Pérdida líquida del ejercicio	**54**	0
	Compensaciones (Por exceso de renta presuntiva)	55	0
	Renta líquida	**56**	143,676,000
	Renta presuntiva	57	29,609,000
Renta exenta	Gastos de representación y otras rentas de trabajo	58	0
	Aportes obligatorios al fondo de pensión	59	6,054,000
	Aportes a fondos de pensiones voluntarios	60	0
	Aportes a cuentas AFC	61	0
	Otras rentas exentas	62	0
	Por pagos laborales (25%) y pensiones	63	0
	Total renta exenta	**64**	6,054,000
Rentas gravables		65	0
Renta líquida gravable		**66**	137,622,000

Ganan. Ocasional	Ingresos por ganancias ocasionales en el país	67	0
	Ingresos por ganancias ocasionales en el exterior	68	0
	Costos por ganancias ocasionales	69	0
	Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	70	0
	Ganancias ocasionales gravables	**71**	0
Determinación de la renta gravable alternativa - IMAN, para empleados	**Total ingresos obtenidos período gravable**	**72**	224,638,000
	Dividendos y participaciones no gravados	73	0
	Indemnizaciones en dinero o en especie por seguro de daño	74	0
	Aportes obligatorios al sistema general de seguridad social a cargo del empleado	75	10,505,000
	Gastos de representación exentos	76	0
	Pagos catastróficos en salud efectivamente certificados no cubiertos por el POS	77	0
	Pérdidas por desastres o calamidades públicas	78	0
	Aportes obligatorios a seguridad social de un empleado del servicio doméstico	79	0
	Costo fiscal de los bienes enajenados	80	0
	Indemnizaciones y otros Lit. i) Art 332 ET.	81	0
	Retiros fondos de pensión de jubilación e invalidez; fondos de cesantías y cuentas AFC	82	0
	Renta Gravable Alternativa (Base del IMAN)	**83**	214,133,000
Liquidación privada	**Impuesto sobre la renta líquida gravable**	**84**	29,438,000
	Impuesto Mínimo Alternativo Nacional -IMAN, empleados	**85**	19,070,000
Descuentos	Impuestos pagados en el exterior sobre dividendos y participaciones lit a), b) y c) art. 254 E.T.	86	0
	Impuestos pagados en el exterior sobre dividendos y participaciones lit d) art. 254 E.T.	87	0
	Por impuestos pagados en el exterior, distintos a los registrados anteriormente	88	0
	Otros	89	0
	Total descuentos tributarios	**90**	0
	Impuesto neto de renta	**91**	29,438,000
	Impuesto de ganancias ocasionales	92	0
	Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	93	0
	Total impuesto a cargo	**94**	29,438,000
	Anticipo renta por el año gravable 2015	95	0
	Saldo a favor año 2014 sin solicitud de devolución o compensación	96	0
	Total retenciones año gravable 2015	**97**	28,370,000
	Anticipo renta por el año gravable 2016	98	0
	Saldo a pagar por impuesto	**99**	1,068,000
	Sanciones	100	0
	Total saldo a pagar	**101**	1,068,000
	o Total saldo a favor	**102**	0

103. No. Identificación signatario | 104. DV

0

(415)7707212489984(8020)9584260000001256000404000(3900)0000001068000(96)20161018

105. No. Identificación dependiente: 1014978384 | 106. Parentesco: HIJO | 107. Total dependientes: 1

981. Cód. Representación

Firma del declarante o de quien lo representa

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

11 OCT. 2016 CAJERO 4 RECIBIDO CON PAGO

980. Pago total $: 1,068,000

996. Espacio para el número interno dela DIAN/ Adhesivo

20162607375807

WILMAN FRANCO VARGAS
CONTADOR PUBLICO

CERTIFICACION

El Doctor **JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA,** identificado con **C.C. No.12.560.004** y con domicilio en esta ciudad, percibe en promedio mensualmente de su Profesión como **MEDICO** y por un Contrato por Prestación de Servicios firmado con la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE, NIT.900.959.05,** la suma de **QUINCE MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE ($ 15.350.000.oo).**

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado, en Bogotá D.C. a los Veinticuatro (24) días del mes de Noviembre del año 2017.

Atentamente,

WILMAN FRANCO VARGAS
C.C. 80.263.376 DE BOGOTA
T.P. 212.631-T

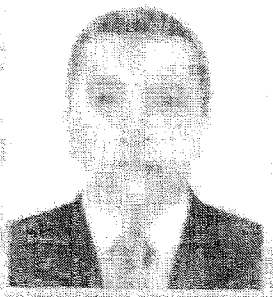
CALLE 53 No. 27-33 – OF. 506 – TELEFONO 2551045 – CEL. 3176407480
BOGOTA D.C. - COLOMBIA

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

TARJETA PROFESIONAL

DE CONTADOR PUBLICO

212631-T



WILMAN

FRANCO VARGAS

C.C. 80263376

RESOLUCION INSCRIPCION 12 FECHA 29/01/2016

UNIVERSIDAD FUND. UNIV. PANAMERICANA

DIRECTOR GENERAL

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA 224633

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.263.376

FRANCO VARGAS
APELLIDOS

WILMAN
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-FEB-1962
GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

18-JUL-1980 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500119-47146872-M-0080263376-20060523 0594106143N 02 202817985

Certificación de Afiliación

Señor(a) Javier Joaquin Zagarra Escorcia , Identificado(a) con Cedula Ciudadania número 12560004 . Presenta los siguientes datos referentes al plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044 .

Información del Cotizante:

Afiliado Cotizante:	Javier Joaquin Zagarra Escorcia		
Número Identificación:	12560004	Tipo Identificación:	Cedula Ciudadania
Fecha de Afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado Actual Cotizante:	VIGENTES	Razón de Estado:	Al dia - empleador paga al dia
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Nombre del Régimen:	Contributivo
Dirección Actual de Residencia:	CALLE 63F 85H-14 APTO 20	Municipio Residencia:	Bogotá D.C.
Teléfono Actual de Residencia:	8034598	Depto. Residencia:	SANTAFE DE BOGOTA D.C

Documento Aportante	Razon social aportante	Fecha Inicio	Fecha Fin
12560004	ZAGARRA ESCORPA JAVIER JOAQUIN	01/08/2017	

TipodeAfiliado	Identificacion	TD	Nombre	FechadeAfiliacion	Estado	FechadeRetiro	Parentesco
BENEFICIARIO	1014978384	TI	Samuel Andres Zagarra Polo	01/08/2017	VIGENTES		HIJO

Señor afiliado por favor verifique sus datos basicos y de ser necesario realice la actualizacin de los mismos comunicandose con los siguientes telefonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del pas 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 21 dias del mes de Noviembre de 2017, a solicitud del interesado.

INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 780 DE 2016

CORDIALMENTE

Jairo Enrique Lancheros Rodriguez
Gerente de Operaciones
Elaboro: Jose Alexander de los Reyes Aldana

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **12560004,** se encuentra afiliado (a) desde **01/09/2015** 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	01/09/2015	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 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.

ARL | sura

Medellín, 25 de noviembre de 2017

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA identificado(a) con cédula de ciudadanía 12560004 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 01/02/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Para información adicional, puede comunicarse con la Línea de atención ARL en el nivel nacional gratuitamente al 01 8000 51 14 14.

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 25/11/2017 11.34 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 102118163

WEB
00:10:35

Bogotá DC, 24 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) JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 12560004:

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.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 24 de noviembre de 2017, a las 0:8:47, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	12.560.004
Código de Verificación	126424152017

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 P.

SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 1913033

Bogotá D.C., 24 de Noviembre de 2017 - 0:17 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) **JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **DOCE MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CUATRO** de SANTA MARTA

12560004

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 11_JJDI_170
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Siguenos en >

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, 24/11/2017 a las 00:14:35 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 12560004 y Nombres: ZAGARRA ESCORCIA JAVIER JOAQUIN

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° 26-21, 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 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

TODOS POR UN NUEVO PAÍS | Presidencia de la República | Ministerio de Defensa | Gobierno en Línea | Portal Único de Contratación

Todos los derechos reservados 2011.

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA 2017/11/24
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que el señor JAVIER JOAQUIN ZAGARRA ESCORCIA
con Cédula de Ciudadanía número 12560004
de SANTA MARTA-MAGDALENA
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	008380332687
Fecha Apertura	2004/11/18

Cordialmente,

DAVIVIENDA
0084 OFICINA VEINTE DE JULIO

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA