

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA					
PROCESO SOLICITANTE:	FACTURACION	FECHA	14-12-2018	Nº FOLIOS	
NOMBRE DEL CANDIDATO	MICHAEL PALACIO	DOCUMENTO:	1022426644		
TELEFONO	3006297164	ACTIVIDAD SOLICITADA:	FACTURACION CONSULTA EXTERNA		
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 TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☐	N/A	☒
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS 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 CIU _____ 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 SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL 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, Ingeniería, 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) V/O O 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 (SARLAF) - 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, N° de documento y N° de cuenta)	SI	☒		
D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN					
V°/B° Proceso Solicitante		Fecha:			
V°/B° Talento Humano:		Fecha:			
V°/B° Contratación:		Fecha:			

Administración de contratos | Facebook | [23] Jhené Aiko - Sativa | Recibidos (1) - malcolp...

Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractManagement/Index

Colombia Compra Eficiente

UTC -5 18:18:53
Michael Felipe Pa...

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a Buscar...

Id de página: 2300329 Ayuda

Administración de contratos

Volver Últimas modificaciones Todos Selecciona

Buscar contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la c
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados							

OPCIONES

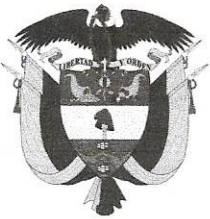
VER

- Últimas modificaciones
- Todos
- Esperando aprobación
- Firmado
- Firmado y emitido a la Entidad Estatal
- Suspendidos
- Cerrados
- Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

© 2014 Vortal Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) 018000-82-0808 Chat en línea

ES 06:19 p.m. 24/01/2018



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 15-ene-2019

1 DATOS PERSONALES

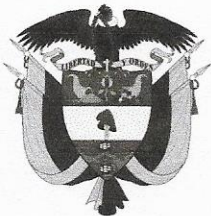
PRIMER APELLIDO PALACIO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ESPINOSA	NOMBRES MICHAEL FELIPE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1022426644	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 1022426644 D.M. Kennedy		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 26 MES ABR AÑO 1997 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CRA 79 C N 59 71 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 9064811 EMAIL maicolpalacio11@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO BACHILLER COMERCIAL	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	AÑO
										X	NOVIEMBRE	2013



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 15-ene-2019

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
SUB RED CENTRO ORIENTE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
2685221	DÍA 1 MES 8 AÑO 2017		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
FACTURADOR	SI	CRA 22 A 22-26	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

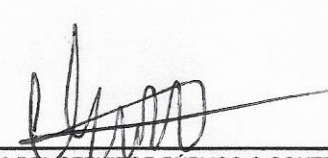
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	0	0
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	0

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☐ 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 15-ene-2019

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

15-01-2019

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



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



1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MICHAEL FELIPE PALACIO ESPINOSA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1022426644 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CRA 79 C N 59 71 SUR

Teléfonos 3006297164 9064811

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JUAN CARLOS PALACIO HERRERA	79840513	PADRE
ANA TULIA ESPINOSA PALADINES	52304132	MADRE

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	\$ 1.410.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 1.410.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
--------------------	----------------	---------------------	-------------------	--------------------

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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

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



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 08-ene-2019

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

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

c) En la actualidad: SI ☐ NO ☒ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 08-ene-2019

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Instituto Alvaro Mutis

Con Reconocimiento Oficial, según Resolución No. 7452 del 13 de
Noviembre de 1998, emanada de la Secretaría de Educación del Distrito

Confiere a:

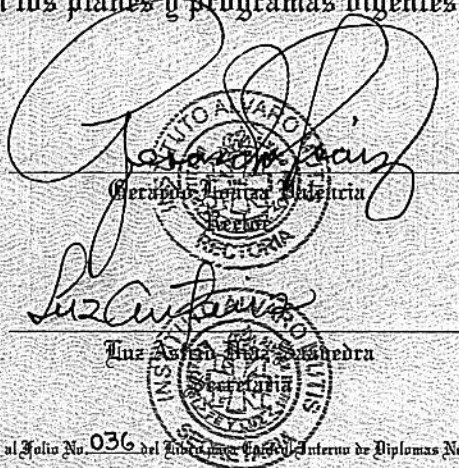
Michael Felipe Palacio Espinosa

C.I. 970426-10180 de Bogotá D.C.

El Título de:

Bachiller Comercial

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



Anotado al Folio No. 036 del Libro de Calificación Interno de Diplomas No. 01

Dado en Bogotá, D.C. a 30 de Noviembre de 2013

"No requiere registro, según decreto 921 del 6 de Mayo de 1994"



Acta Individual de Grado

INSTITUTO ALVARO MUTIS

Cra. 79F No. 58 I - 75 Sur

Teléfono 719 18 27

Bogotá, D. C.

Código ICFES 079715

Inscripción S. E. 4146

Inscripción DANE 311001042829

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los 30 días del mes de Noviembre del año 2013 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del **INSTITUTO ALVARO MUTIS**, Institución aprobada en el Nivel de Educación Media, con reconocimiento Oficial, según Resolución No. 7452 del 13 de Noviembre de 1998, emanada de la Secretaria de Educación del Distrito, para otorgar el Título de Bachiller Comercial.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el **TITULO DE BACHILLER COMERCIAL** al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Michael Felipe Palacio Espinosa

T.I. 970426-10180 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 016 del 30 de Noviembre del año 2013, que consta de 35 alumnos; que comienza con el nombre de: **ACOSTA SANCHEZ CAMILO ANDRES** y se cierra con el nombre de: **ZARATE SERNA JENNIFER**.

Firmada y sellada por:

Gerardo Loaiza Valencia (Rector) y Luz Astrid Díaz Saavedra (Secretaria)

Dada en Bogotá, D.C., a los 30 días del mes de Noviembre del año 2013.

(Firmado y sellado)


GERARDO LOAIZA VALENCIA
C.C. 4.350.018.100
RECTORIA


LUZ ASTRID DIAZ SAAVEDRA
Secretaria
C.C. 51.736.682 Bogotá

Bogotá D.C

Señores:

Instituto Alvaro Muñoz

(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Michael Felipe Palacios Esquivel en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que “todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar” y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad “el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento....”

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma



No. de documento:

102426697

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto:

Cra 49 c # 59-7100r

Teléfono:

3006297164

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 1022426644-3 MICHAEL FELIPE PALACIO ESPINOSA

Información General

Dirección CR 79 C 59 71 SUR

Teléfonos 3006297164

Dirección electrónica maiicol-palacio11@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 12/06/2017

Soporte Inscripción 23259678

Fecha Inicio Actividades 12/06/2017

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002397804

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.022.426.644
PALACIO ESPINOSA

APELLIDOS
MICHAEL FELIPE

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-ABR-1997
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.70 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

01-JUN-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00740137-M-1022426644-20150820 0045969829A 4 42411964

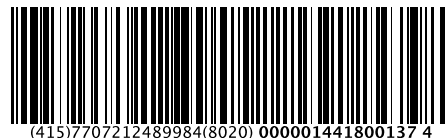
2. Concepto ☐ 0 ☒ 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14418001374



(415)7707212489984(8020) 000001441800137 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 2 2 4 2 6 6 4 4

6. DV

3

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:

1 0 2 2 4 2 6 6 4 4

27. Fecha expedición:

2 0 1 5 0 6 3 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

PALACIO

32. Segundo apellido

ESPINOSA

33. Primer nombre

MICHAEL

34. Otros nombres

FELIPE

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

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 79 C 59 71 SUR

42. Correo electrónico:

maicol-palacio11@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 0 0 6 2 9 7 1 6 4

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 7 0 6 1 2

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código

4 1 1 3

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

Obligados 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			

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:

1

61. Fecha:

2 0 1 7 0 6 1 2

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 GARCIA OSORIO DIEGO MAURICIO

985. Cargo: Analista III

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

Fecha: 18-11-2017
Hora: 11:21:51 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1022426644-3 MICHAEL FELIPE PALACIO ESPINOSA

Información General

Dirección CR 79 C 59 71 SUR

Teléfonos 3006297164

Dirección electrónica maiicol-palacio11@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 12/06/2017

Soporte Inscripción 23259678

Fecha Inicio Actividades 12/06/2017

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002397804



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
DECIMA QUINTA ZONA DE RECLUTAMIENTO



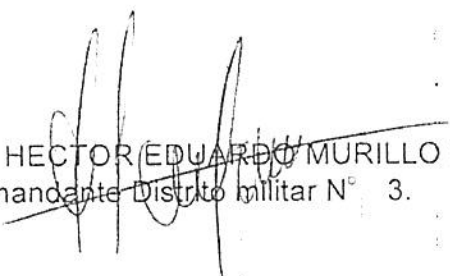
Bogotá D. C. 05 de Julio de 2017

CONSTANCIA

El señor comandante del distrito militar No 3 hace constar que el (la) señor (a) **MICHAEL FELIPE PALACIO ESPINOSA** identificado con C.C. Número **1022426644**, fue verificado en la base de datos **FENIX** del ejército, de lo cual se puede evidenciar que se encuentra en estado de **LIQUIDACIÓN POR LIQUIDAR**, lo cual demuestra que el ciudadano se encuentra adelantando su proceso de definición militar, a espera de la realización de su respectiva liquidación, la cual lo define como **RESERVISTA DE SEGUNDA CLASE**.

Este documento se expide a petición del ciudadano y cuenta con una vigencia de 15 días hábiles a partir de la fecha de emisión.

Atentamente,


MY. HECTOR EDUARDO MURILLO LOPEZ.
Comandante Distrito militar N° 3.

HÉROES MULTIMISIÓN
NUESTRA MISIÓN ES COLOMBIA

Fe en la causa
Calle 33 Sur 79-80 - Kennedy - Bogotá
<http://www.ejercito.mil.co/>



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 18/11/2017 12:28:21

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: MICHAEL FELIPE PALACIO ESPINOSA

C.C 1022426644

EDAD 20 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR FACTURACION



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional



Visiometría



Audiometría



Espirometría



Exámenes de laboratorio

SI ☐

NO ☒

Glic ☐

Col ☐

Trigli ☐

Otros ☐

Cuales

Radiografías

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnóstico

APTO PARA EL CARGO ☒ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO

☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

CONTROL EPS- PAUSAS ACTIVAS

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor

SI ☐

NO ☐

Se sugiere reubicación laboral

SI ☐

NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral

SI ☐

NO ☐

Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biométrica

Dr. JHON A. PEREZ
Médico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional
Lic. S.O 7344-14 U.M.B.

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07

Tel: 2784705

Centro Oriente E.S.E.		ESTRATEGIA DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD		FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		FECHA: 2017-08-22	
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT							
FECHA:		2018-14-12		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 5.2.2.2.1, 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 OPA		☒		SERVIDOR PUBLICO		☐	
OTRO		☐		CUAL: <input type="text"/>			
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
PALACIO		ESPINOSA		MICHAEL		FELIPE	
TIPO DE IDENTIFICACION		Nº IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒		C.E. ☐		R.C. ☐		NUIP ☐	
1022426644		BOGOTA D.C		2015-06-01			
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒			
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO		NACIONALIDAD:	
1997-04-26		BOGOTA/ CUNDINAMARCA		COLOMBIA		COLOMBIANA	
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS		TELEFONO CELULAR	
SOLTERO(A) ☒		CASA ☐		DIVOR ☐		UNION LIBRE ☐	
0						3006297164	
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA							PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐							POSGRADO ☐
UNIVERSITARIO ☒							BACHILLER ☐
OTRO ☐							PRIMARIA ☐
ILUNICO ☐							CUAL: <input type="text"/>
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:		PAIS RESIDENCIA:	
CARERRA 79C # 59 71 SUR		BOGOTA D.C		CUNDINAMARCA		COLOMBIA	
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA			
microplatin31@gmail.com		NA		PROPIA ☐		FAMILIAR ☐	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:		TELEFONO/FAX	
NA		NA		NA		NA	
2. DATOS DEL CONYUGE							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	
NA		NA		NA		NA	
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☐		C.E. ☐		R.C. ☐		NUIP ☐	
NA		NA		NA		NA	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐			
CUAL: <input type="text"/>				NACIONALIDAD: NA			
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:							
ASALARIADO ☐		ESTUDIANTE ☐		HOGAR ☐		PENSIONADO ☐	
SOCIO ☐		CONTRATISTA ☒		COMERCIAL ☐		EMPLADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐		EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA: <input type="text"/>		CUAL: <input type="text"/>	
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		SI ☐		NO ☒	
				IVA		SI ☐	
				ICA		SI ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE		SI ☐		AGENTE RETENEDOR		SI ☐	
		NO ☒				AGENTE AUTORETENEDOR	
						SI ☐	
						NO ☒	

 Ministerio de Salud y Protección Social Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
FUNCIONARIO PÚBLICO SI ☒ NO ☐		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS SI ☒ NO ☐		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☒ ID ☐ # NIT 900.959.051					
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANS ☐ E ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐					
OTRA ☐ CUAL ☒					
DIRECCION DE LA EMPRESA CR14 B – 1 45 SUR		TELÉFONO 3282828		CIUDAD/MUNICIPIO BOGOTÁ D.C.	
				DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA	
				PAÍS COLOMBIA	
CARGO ACTUAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN FACTURACION		FECHA VINCULACION 2017-08-15			
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO					
NUMERO DE EMPLEADOS NA	VENTAS ANUALES NA	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA NA	DESCRIPCION ACTIVIDAD NA	FECHA CONSTITUCION NA	TIPO SOCIEDAD NA
5. INFORMACIÓN FINANCIERA					
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS	
PASIVOS					
SALARIOS \$ 1.410.000		GASTOS FAMILIARES \$ 350.000		AHORROS	
HONORARIOS		ARRENDOS		INVERSIONES	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	
TOTAL INGRESOS \$ 1.410.000		TOTAL EGRESOS \$ 670.000		TOTAL ACTIVOS \$ 0	
TOTAL PASIVOS \$ 0					
DESCRIPCION OTROS INGRESOS NA		DESCRIPCION OTROS EGRESOS NA		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS NA	
				DESCRIPCION OTROS PASIVOS NA	
6. REFERENCIAS PERSONALES (C.Na debe ser familiar al vivo con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en horario Laboral)					
PRIMER APELLIDO PALACIO		SEGUNDO APELLIDO HERRERA		PRIMER NOMBRE JUAN	
				SEGUNDO NOMBRE CARLOS	
DIRECCION CRA 79C # 59 71 SUR		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS BOGOTÁ D.C.		TIPO RELACION PADRE	
				TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR 3024144347	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD NA		TIPO DE PRODUCTO NA		NUMERO NA	
				SUCURSAL NA	
				TELÉFONO NA	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD NA		TIPO DE PRODUCTO NA		NUMERO NA	
				PAIS/CIUDAD NA	
				MONEDA NA	
				MONTO PROMEDIO NA	
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:					
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMO ☐ PAGO SERVICIO ☐ OTRA ☐ CUAL:					
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS / PONDOS					
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.):					
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, complemento 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, complemento 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 (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 mí 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 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 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 PROVENIENCIA DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los 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 tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

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

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

I. 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 INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidad mencionada 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 derivadas 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 adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y/o 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 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 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.

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 mí.

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 lo previsto en el literal c) 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, teléfono 344 44 84, e-mail: sarilaft@subredcentroorientec.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

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) MICHAEL FELIPE PALACIO ESPINOSA identificado(a) con cedula ciudadania 1.022.426.644 , se encuentra Suspendido en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170612	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 14 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:

SUBRED 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
10553452

CER-AFI

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **MICHAEL FELIPE PALACIO ESPINOSA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1022426644**, se encuentra afiliado (a) desde **13/06/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 15 de diciembre de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA
VIGILADO

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1.022.426.644

Numero de Documento

Seguros Bolívar

ARL

Michael

Primer Nombre

Felipe

Segundo Nombre

Palacio

Primer Apellido

Espinosa

Segundo Apellido

26/09/1997

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá DC

Ciudad de Nacimiento

Cra 7a c# 3471W4

Dirección de Residencia

6097164

Teléfono Fijo

Compenia

EPS - Salud

Colpensiones

AFP - Pensiones

\$ 1.410.000

Honorarios

Fectorador

Objeto Contractual (Cargo)

01/09/2017

Fecha Inicio del Contrato

marcel.palacio77@gmail.com

Correo Electrónico

3006297164

Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

Consultas > Consulta Publica ARL > Afiliación trabajador

CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese la información solicitada.

* Campos obligatorios

La persona identificada con CC-1022426644
tiene afiliación vigente con la ARL Seguros
Bolívar

Tipo de Documento *

Número de Documento *

3hrfc

Confirmar imagen *

CONSULTAR



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119218693



WEB

11:32:56

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 14 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MICHAEL FELIPE PALACIO ESPINOSA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1022426644:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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

ATENCIÓN :

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

División Centro de Atención al Público (CAP)
Línea gratuita 018000910315; dcap@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 14 de diciembre de 2018, a las 11:35:59, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1022426644
Código de Verificación	1022426644181214113559

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





Bogotá D.C., 14 de Diciembre de 2018 - 11:48 am

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

CERTIFICA

Una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL VEINTIDOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISEIS MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO**

1022426644

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.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez 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: **12_6WJKP_4811**

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:53:01 horas del 14/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° 1022426644

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Carrera 27 N° 18 - 41 (Paloquemao), Bogotá
DC
Atención administrativa de lunes a viernes de
8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C.
(571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co.



Presidencia de la
República



Ministerio de Defensa
Nacional



Portal Único de
Contratación

Todos los derechos reservados.



Gobierno en Línea



CERTIFICADO

**ABEJORRAL,
ANTIOQUIA,
COLOMBIA,
A quién interese**

14/12/2018

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MICHAEL FELIPE PALACIO ESPINOSA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1022426644**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550468200079324
Fecha de apertura	02/09/2017

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA