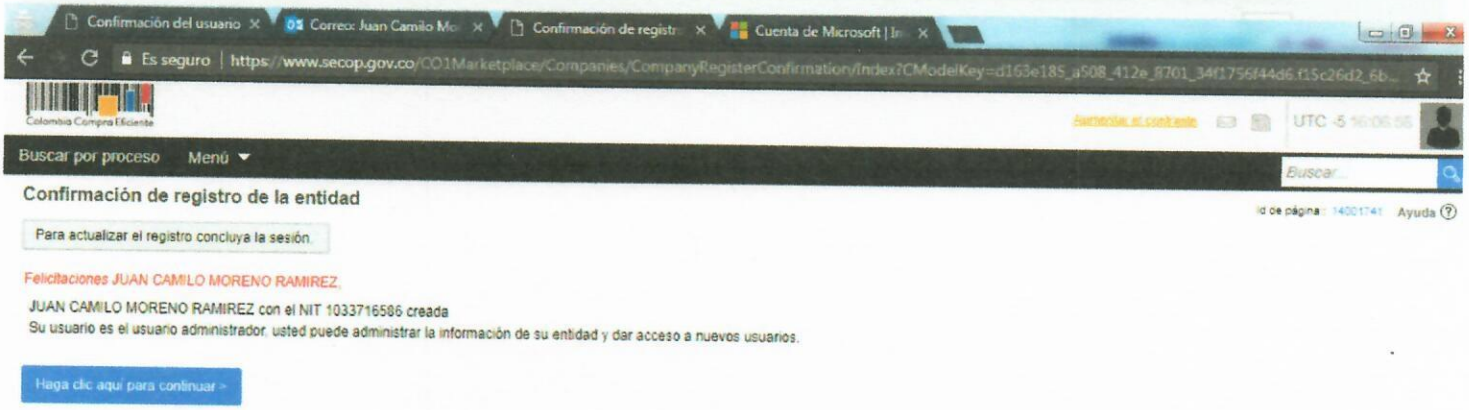

Correo: JUAN CARLOS
Register New Company
Código Postal de Soach
Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/RegisterNewCompany/Index?companyCountry=CO&companyName=YESIKA+ALEXANDRA+MORENO...
Twitter Url
Financial Information
Financial Information
Year
Fiscal Year
Heritage
Current Assets
Total Assets
Current Liabilities
Liabilities
Operating Income
Interest Expense
No items found.


Confirmación del usuario
Correo: Juan Camilo Mo
Confirmación de registr
Cuenta de Microsoft | In
Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmation/Index?CModelKey=d163e185_a508_412e_8701_34f1756f44d6.f15c26d2_6b...
Colombia Compra Eficiente
UTC -5
Buscar por proceso
Menú
Buscar...
Confirmación de registro de la entidad
Id de página: 14001741
Ayuda
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones JUAN CAMILO MORENO RAMIREZ.
JUAN CAMILO MORENO RAMIREZ con el NIT 1033716586 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.
Haga clic aquí para continuar >

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: 28-nov-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MORENO	RAMIREZ	JUAN CAMILO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1033716586

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 2910584 D.M 2

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 24 MES NOV AÑO 1989

PAÍS COLOMBIA

DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Carrera 3 N-30-130 Bloque 2 apto. 302

PAÍS COLOMBIA DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO SOACHA

TELEFONO 8213971

EMAIL null

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NO AÑO 2006

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	8	X		ENFERMERO (A)	8	2011	29847

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
Ingles			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

Última Actualización: 28-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*
HOSPITAL SANTA CLARA ESE	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	jmoreno586@uan.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3282828	DIA 1 MES 8 AÑO 2015	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERO ASISTENCIAL	COORDINACIoN ENFERMERIA UCI	CARRERA 14 B No. 1 45 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
E.S.E HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Cundinamarca	SOACHA	recursoshumanos@hmgy.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7309230	DIA 1 MES 9 AÑO 2011	DIA 31 MES 7 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Enfermero	Enfermeria	Calle 13 N. 10 48

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	6	2
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	2

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).

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: 28-nov-2017

Bogota 28-11-2017

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Juan Camilo Marino R.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Bogota - 28-11-2017

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, JUAN CAMILO MORENO RAMIREZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1033716586 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País COLOMBIA **Departamento** Cundinamarca **Municipio** SOACHA

Dirección Carrera 3 N-30-130 Bloque 2 apto. 302 **Teléfonos** 3203718580 8213971

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
NURY ALCIRA RAMIREZ URREGO	39714295	MADRE
JUAN CARLOS MORENO REINA	80267624	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	$ 2.900.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DE BOGOTA	AHORROS	272-13300-0	AVENIDA 1	$ 200.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

	CALIDAD DE MIEMBRO

ENTIDAD O INSTITUCION

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c)En la actualidad: **SI** ◯ **N** ⊗ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE C.C◯ C.E◯ T.I.◯	No.

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

Juan Camilo Moreno R

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

28-11-2017. Bogotá

CIUDAD Y FECHA

República de Colombia

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

teniendo en cuenta que:

Juan Camilo Moreno Ramírez

C.C. No. 1.033.716.586 de Bogotá D.C.

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

Enfermero

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

Bogotá, D.C. 19 de agosto de 2011

Rector

Secretario General

Director

República de Colombia

NOTARIA CINCUENTA Y SEIS DEL CIRCULO DE BOGOTA, D.C. PAGOS
CERTIFICA QUE ESTA COPIA FOTOSTATICA
CONCUERDA CON EL ORIGINAL QUE ME
TENIDO A LA VISTA.
23 AGO. 2011
GERMAN FRANCISCO ESCALONA CASTILLA
NOTARIO CINCUENTA Y SEIS

Tomo 6 Folio 59 Registro 28191 Fecha : 19 de agosto de 2011

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA
Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 6-83

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
ACTA DE GRADO 537

En Bogotá D.C., el 19 de agosto de 2011, a las 13:00 horas convocados por Resolución 055 del 11 de los citados mes y año, se reunieron el Rector doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Edgar Orlando Cote Rojas y la Secretaria General de la Fundación, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **JUAN CAMILO MORENO RAMIREZ** con cédula de ciudadanía número 1033716586 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos haciéndose merecedor a recibir el título de **ENFERMERO**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior mediante Acuerdo No. 013 de julio 26 de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera, de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de registro de títulos Tomo 6, Folio 59, número 28191

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector
EDGAR ORLANDO COTE ROJAS. Decano Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General.

Dada en Bogotá D.C., el 19 de agosto de 2011.

MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretario General

DILIGENCIA DE AUTENTICACION
EL NOTARIO SESENTA Y SEIS DEL CIRCULO
DE BOGOTA D.C. DA FE Y AUTENTIFICA:
Que la presente fotocopia coincide con la que se tuvo a la vista
con la copia que se autentica
Bogotá, D.C. 23 AGO. 2011

Milenium Medical Supplier



CERTIFICAN QUE:

"JUAN CAMILO MORENO"

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO Nº

C · C · 1033716586

Asistió a la capacitación en:

"MANEJO DEL SISTEMA DE TROMBOELASTOGRAFIA TEG 5000"

Dada en la ciudad de Bogotá en Julio de 2015, en las instalaciones del Hospital Santa Clara
Intensidad Horaria 72 horas

LILIANA RAMIREZ MORALES
Gerente de Producto

haemoscope

HAEMONETICS
THE Blood Management Company

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

JUAN CAMILO MORENO RAMIREZ

C.C.: 1033716586

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

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

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

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

Secretaría de Salud

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaria del Area Andino
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Juan Camilo Moreno Ramirez 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:

Enfermero
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Juan Camilo Moreno Ramirez

No. de documento: 1033716586

Tarjeta profesional No: 29847

Dirección de contacto: Carrera 3 # 30 Bis 12 Blq 2 Apart 302

Teléfono: 8213971 - 3203718580

LA SUSCRITA SUB-GERENTE ADMINISTRATIVA (C) DE LA E.S.E. HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS DE SOACHA

C E R T I F I C A

Que el señor **JUAN CAMILO MORENO RAMIREZ,** identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.033.716.586, prestó sus servicios en esta Institución Adscrita a la Secretaria de Salud de Cundinamarca como ENFERMERO JEFE, del 19 de Septiembre de 2011 al 31 de Julio de 2015 , a través de Cooperativas de Trabajo Asociado. Empresas Temporales y OPS.

Se expide en Soacha a los Dieciocho (18) días del mes de Noviembre de 2016.

ROSANA ALEXANDRA SANTOS ANGEL
Sub-Gerente Administrativa (c)

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.033.716.586**

MORENO RAMIREZ

APELLIDOS

JUAN CAMILO

NOMBRES



FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-NOV-1989**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

10-DIC-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00110161-M-1033716586-20081024 0004750738A 1 25708082

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14235859783

(415)7707212489984(8020) 000001423585978 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1033716586 — 6. DV 9

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 32

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	1033716586	2007/12/10

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORENO	RAMIREZ	JUAN	CAMILO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Cundinamarca 25	Soacha 754

41. Dirección: CR 3 30 BIS 12 BL 2 AP 302 BRR SAN MATEO

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
		5789580	3133089747

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8692	2013/04/03							

Responsabilidades

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
20																	

20- Obtención NIT

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 [X] NO [ ]

60. No. de Folios: 2

61. Fecha: 2013/04/03

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: BARBOSA FIQUITIVA ALCIRA ROCIO

985. Cargo: Analista I

Fecha generación documento PDF: 03-04-2013 11:04:11 AM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D C

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 02-12-2016
Hora: 3:30:22 PM

CONTRIBUYENTE NIT 1033716586-9 JUAN CAMILO MORENO RAMIREZ

Información General

Dirección KR 3 30 BIS 12 BL 2 AP 302

Teléfonos 8213971/3203718580

Dirección electrónica camilo_314@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 19/08/2016

Soporte Inscripción 17648270

Fecha Inicio Actividades 03/04/2013

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001425846

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Fuente ICA TE TOCA

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase



NÚMERO 1033716586

APELLIDOS Y NOMBRES

MORENO RAMIREZ

JUAN CAMILO

PERTENECE AL EJÉRCITO DE

1ª LÍNEA 31 - DIC	2ª LÍNEA 31 - DIC	3ª LÍNEA 31 - DIC
2019	2029	2039

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP.: 23 JUN 2011

CORTE DE DISTRITO

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



REGISTRADO

NOMBRE JUAN C. MORENO RAMIREZ

C.C. 1.033.716.586 BOGOTA

UNIVERSIDAD FUND. UNIV. DEL AREA ANDINA

RUN No. 29847
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)

EXPEDIDO 16/NOV/2011

FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 16/NOV/2021

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 10016 *de* 26/09/2011

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 0833 de septiembre de 2000 expedida por el Secretario Distrital de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MORENO RAMIREZ JUAN CAMILO Identificado(a) con CC número 1033716586 expedida en BOGOTA D,C ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERO(A), según título que le otorgó la LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el día 19/08/2011, acta de grado Nro. 537, Diploma Nro. 28191 y registrado en el libro 6 Folio 59 año 2011.

Que de conformidad con la Resolución 1058 de 2010, Resolución No 02240 de 14 de junio de 2011 del MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, por medio de la cual autoriza la realización del sorteo de asignación de plazas de Servicio Social Obligatorio, el cual se realizo el día 22/07/2011.

Que el(la) señor(a)MORENO RAMIREZ JUAN CAMILO ,no salió favorecido(a) con una plaza para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio y que de acuerdo a lo dispuesto en las normas anteriormente citadas, la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C., debe autorizarle el ejercicio profesional como ENFERMERO(A).

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a MORENO RAMIREZ JUAN CAMILO identificado(a) con CC número 1033716586 expedida en BOGOTA D,C para ejercer la profesión de ENFERMERO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 26/09/2011

HERMAN REDONDO GÓMEZ
Director de Desarrollo de Servicios .

Aprobó : Isabel Cristina Artunduaga.
Revisó : Yudy Rodríguez/Sandra Charry.
Elaboró : Víctor Sánchez.

Bogotá, D.C _____
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) _____
CC. #._____

Firma

ReTHUS

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

TIPO DE IDENTIFICACIÓN *

Cédula de Ciudadanía ▼

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN *

1033716586

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

El ciudadano con Identificación CC 1033716586, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.

HACE CONSTAR QUE:

El enfermero **JUAN CAMILO MORENO RAMÍREZ** identificado con la cédula de ciudadanía número 1.033.716.586, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veintiocho (28) días del mes de noviembre del año dos mil diecisiete (2017).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

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.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Juan Camilo Herrera R.

Apellidos:

Documento de identidad: CC X TI Pasaporte No 1033716586

Fecha de Nacimiento: Día 24 Mes 11 Año 2011

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	22-Nov-10	012N8018	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	2	21-Abril-10	0241004	
	3	22-05-10	0241004	
	4			
	5			
	1			
Contra Hepatitis B	1	19-Marzo/10	UVAL002	
	2	21-Abril-10	UVA003	
	3	22-Oct-10	002UA	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		22-Nov-10	U4305AC	
Otras				

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.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Juan Camilo

Apellidos: Moreno Ramirez

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 1033716586

Fecha de Nacimiento: Día 24 Mes 11 Año 1989

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
A.A. Contra Hepatitis B	1	10 FEB. 2017 3-17 1434026 01	Amílica Sanofi	
	2			
	3			
	R			

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

JUAN PABLO II
CEDI SALUD FAMILIAR - I.P.S. - S.A.S.

CEDI SALUD FAMILIAR JUAN PABLO II IPS S.A.S
Nit. 900031309 - 8
Dirección: Calle 27 Sur 18C 02
Tel: 3661905 / 2392330 / 3665634 / 2395905

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **13/12/2016 07:59:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **JUAN CAMILO MORENO RAMIREZ**

Cargo **ENFERMERO** Doc. Identidad **CC 1033716586**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	2	3
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere de restricción de actividades	○	○
Requiere de reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ○	NO ⊗	ARL	SI ○	NO ○	EPS	SI ○	NO ○

" REALIZAR CAMBIOS DE POSICION FRECUENTEMENTE EN EL PUESTO DE TRABAJO.

MD. Jhonattan José Polo Donado
Esp. S...
C.C. 723...
R. 25/59...

Jhonattan José Polo Donado

JHONATTAN JOSE POLO DONADO
Especialidad: MEDICINA LABORAL
CC: 72343832 RM: 25/5994/2015

J. Camilo Mo...

Trabajador: JUAN CAMILO MORENO RAMIREZ
CC: 1033716586
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

" EVITAR PERMANCER PERIODOS PROLONGADOS DE PIE EN SU PUESTO DE TRABAJO, POR LO CUAL DEBE SENTARSE PARA EVITAR CANSANCIO Y FATIGA.

" IMPLEMENTAR EN EL PUESTO DE TRABAJO EL PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS CON EL FIN DE DISMINUIR EL ESTRÉS, LA FATIGA Y EL CANSANCIO ORIGINADOS POR LOS MOVIMIENTOS REPETITIVOS Y POSICIONES PROLONGADAS.

" DE MANTENER UNA ACTIVIDAD PERMANENTE SOBRE LA PANTALLA Y PARA PREVENIR LA FATIGA ANTES DE QUE APAREZCA SE RECOMIENDA ALTERNAR LAS TAREAS DELANTE DE LAS PANTALLAS CON OTRAS DE DISTINTA NATURALEZA.

" EN TAL CASO DE PERMANCER SENTADO EN UN ESCRITORIO LA ALTURA DE LA SUPERFICIE DE TRABAJO DEBE ESTAR ACORDE CON LA SILLA QUE VA AUTILIZAR, MANTENER LOS CODOS A 90 GRADOS Y LAS RODILLAS , POR LO CUAL ES NECESARIO ORGANIZAR LA ALTURA DE LA SILLA CON RESPECTO AL ESCRITORIO

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

MD. Jhonattan José Polo Donado
Esp.
CC.
RM. 25/5994/2015

JHONATTAN JOSE POLO DONADO
Especialidad: MEDICINA LABORAL
CC: 72343832 RM: 25/5994/2015

Trabajador: JUAN CAMILO MORENO RAMIREZ
CC: 1033716586
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

FUCS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
NIT 860.051.853-4

LABORATORIO DE SIMULACIÓN Y HABILIDADES CLÍNICAS
"ESTEBAN DIAZGRANADOS GOENAGA"

CERTIFICAN QUE:

JUAN CAMILO MORENO RAMIREZ
C.C. 1033716586

ASISTIO A LOS CURSOS "PROVEEDOR DE SOPORTE VITAL BASICO" – *BASIC LIFE SUPPORT* (BLS) Y "PROVEEDOR DE SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO" – *ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT* (ACLS), BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA *AMERICAN HEART ASSOCIATION*, LLEVADO A CABO EN LA CIUDAD DE BOGOTA, LOS DÍAS 23, 24 Y 25 DE ENERO DE 2016, CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS TEORICAS Y 30 HORAS PRACTICAS, TOTAL 50 HORAS.

YAMIL ANTONIO DIAB FORERO, M.D.
Coordinador Curso BLS- ACLS
Centro Internacional de Entrenamiento
Asociación Americana del Corazón

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 ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	23-11-17	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 realización de este proceso es de carácter 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo

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

PROVEEDOR		PARTICULAR		CONTRATISTA OPS	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
Moreno	Ramirez	Juan	Camilo	

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C.	X	C.E.		R.C.		NUIP		1033716586	Bogotá	2007-12-10
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA?	SI		NO		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
24-11-89	Bogotá	Colombia	Colombiano

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) / VIUDO(A)	X	CASADO(A)		DIVORCIADO(A)		UNION LIBRE		0	0	3203718580

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
BACHILLER		POSGRADO		UNIVERSITARIO (PREGRADO)	X	BACHILLER OTROS		TECNICO		CUAL:	Enfermero

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Carrera 3 # 30 bis 12-Blq 2 Ap302	Soacha	Cundinamarca	Colombia	8213971

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
Jmoreno586@uan.edu.co		PROPIA	FAMILIAR X	ARRENDADA

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI		IVA	SI		NO	X	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		NO	X	ICA	SI		NO	X	8692	
									PRINCIPAL:	SECUNDARIA: X

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

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐	NO ☒	Subred Integrado de Servicios de Salud Centro Oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒ ☐ # NIT 900959051-7

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

OTRA ☐ CUAL X

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cra 14B#1-45sur	3282828	Bogotá	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Enfermero		FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	1'500.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	2'900.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
PENSIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	2'900.000	TOTAL EGRESOS	1'500.000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Gonzalez	Ardila	Angie	Catherine
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
Calle 5sur #10A41	Bogota	Amistad	3203880229

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco de Bogota	Cuenta de Ahorros	272-13300-0	Parque Soacha	3820000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

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

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Apoyo Como Profesional de Enfermeria

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se 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

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) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del 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 requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciais, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE. con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, 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 acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboracion de estudios tecnicos , estadisticas, encuestas, analisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre 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 peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, 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

Juan Camilo Moreno Ramírez

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 ☐	

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:			

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) JUAN CAMILO MORENO RAMIREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.033.716.586 , se encuentra Afiliado en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20150526	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 20 días del mes de Diciembre de 2.016

Observaciones:

Con destino a:

A SOLICITUD DEL USUARIO

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: LAURA VANESSA TORO

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JUAN CAMILO MORENO RAMIREZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,033,716,586**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Noviembre de 2017.

Gerente de Clientes

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

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

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1033716586 Numero de Documento	Seguros Bolivar ARL

Juan Primer Nombre	Camilo Segundo Nombre	Moreno Primer Apellido	Ramírez Segundo Apellido

24-11-1989 F. Nacimiento dd/mm/aa	Bogotá Ciudad de Nacimiento	Carrera 3 # 30 bis 12 Blq 2 Apt 302 Dirección de Residencia	8213971 teléfono fijo

Compensar EPS - Salud	Porvenir AFP - Pensiones	2'900.000 Honorarios

Enfermero Objeto Contractual (Cargo)	10-Enero-2018 Fecha Inicio del Contrato

Camilo_314@hotmail.com Correo Electrónico	3203718580 Celular

Juan Camilo Moreno R.
Firma del Afliado

Tatiana P. Clavijo Q.
C.C. No. 52.431.204 Bta
Enfermera P.S.

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C. 52.431.204

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 102228352

WEB
16:43:55

Bogotá DC, 27 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) JUAN CAMILO MORENO RAMIREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033716586:

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 lunes 27 de noviembre de 2017, a las 16:45:25, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	1.033.716.586
Código de Verificación	10501692972017

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. 1920806

Bogotá D.C., 27 de Noviembre de 2017 - 16:51 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **JUAN CAMILO MORENO RAMIREZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL TREINTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS DIECISEIS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS** de BOGOTA D.C.

1033716586

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_TS3PL_5116
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, 27/11/2017 a las 16:48:33 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 1033716586 y Nombres: MORENO RAMIREZ JUAN CAMILO
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.

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 Nº 7- 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MORENO RAMIREZ,JUAN CAMILO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1.033.716.586 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 272133000, abierta/o desde el 04/10/2011.

Se expide en Soacha el día 28 del mes de Noviembre del año 2017

Firma Autorizada

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

Banco de Bogotá

Fogafín | Producto protegido por el Seguro de Depósitos

Extracto Cuenta Ahorros

Nro. 2017093009AH0087115554

Comprar lo que quieres **sin importar el valor, otro motivo para querer tu Tarjeta Débito.**



816632 1-4

MORENO RAMIREZ,JUAN CAMILO
CR 3 30 BIS 12 BL 2 APTO 302
BR SAN MATEO
SOACHA,CUNDINAMARCA
Entrega: EM Oficina: 0272 Soacha
816632

FECHA EXTRACTO **Julio - Septiembre 2017**
Desde: Julio 01 Hasta: Septiembre 30
Cuenta Número: 272133000
Tipo de Cuenta: Cuentas Privadas
Cod. Origen: 0272
BOGOTA

Resumen de la Información

Saldo Inicial:	**1,461.08**
Total 000003 Abonos:	8,723,097.00
Total 000059 Cargos:	-8,724,689.08
Total IVA:	0.00
Total 4x1000 GMF:	0.00
Total Retencion:	0.00
Total Intereses:	131.00
Saldo Final:	**0.00**

Fecha	Cod Trans	Descripción del Movimiento	Ciudad	Oficina/Canal	Documento	Valor	Saldo
05/07	GT18	Cargo Aplicado Cuota de Manejo que Estaba Pendiente de Cobro	Soacha	Soacha		-1,461.08	0.00
07/07	0593	Abono Ach Bco Bandavivienda De Subred Inte De s Nit9009590517	Bogota	Servic. Electro	000000	2,969,565.00	2,969,565.00
07/07	0845	Cuenta Integral	Bogota	Principal	716586	-13,899.00	2,955,666.00
07/07	GT18	Cargo Aplicado Cuota de Manejo que Estaba Pendiente de Cobro	Soacha	Soacha		-9,388.92	2,946,277.08
10/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B4071 AVVillas AZA CENTRA realizado el 07/07/2017 Tarj # 491511******5078		Canal Electro	004841	-600,000.00	2,346,277.08
10/07	0101	Comision por utilizacion cajero automatico ATH Banco Avvillas		Canal Electro	004841	-1,500.00	2,344,777.08
13/07	0014	Compra en establecimiento BOGOTA BEER COMPANYefectuada el 13/07/2017 Tarj # 491511******5078	Soacha	Soacha	424929	-20,978.00	2,323,799.08
14/07	0014	Compra en establecimiento SUPERTIENDA OLIMPICefectuada el 14/07/2017 Tarj # 491511******5078	Soacha	Soacha	234663	-6,160.00	2,317,639.08
14/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B2710 de Bogota C MAYOR 2 realizado el 13/07/2017 Tarj # 491511******5078		Canal Electro	001658	-50,000.00	2,267,639.08
14/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B2197 de Bogota UNISUR realizado el 14/07/2017 Tarj # 491511******5078		Canal Electro	009622	-460,000.00	1,807,639.08
14/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B2197 de Bogota UNISUR realizado el 14/07/2017 Tarj # 491511******5078		Canal Electro	009616	-600,000.00	1,207,639.08
14/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B2197 de Bogota UNISUR realizado el 14/07/2017 Tarj # 491511******5078		Canal Electro	009620	-600,000.00	607,639.08
14/07	0016	Retiro cajero automatico ATH B2197 de Bogota UNISUR realizado el 14/07/2017 Tarj # 491511******5078		Canal Electro	009618	-600,000.00	7,639.08
14/07	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	001658	-1,500.00	6,139.08
14/07	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	009618	-1,500.00	4,639.08
14/07	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	009622	-1,500.00	3,139.08
14/07	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	009620	-1,500.00	1,639.08
14/07	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	009616	-1,500.00	139.08
31/07	GT01	Intereses ganados	Soacha	Soacha		51.00	190.08

Notificar cualquier reparo a la Revisoria Fiscal KPMG Ltda., Apartado Aéreo No. 36700 Bogotá

CC-091-2 (Junio/2004)

Si usted desea conocer la tasa de interés que actualmente pagamos sobre sus depósitos ingrese a www.bancodebogota.com.co o visite alguna de nuestras oficinas

Valor pendiente por aplicar : 695.92

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Impreso por dispapeles S.A.S. NIT: 860.028.580-2

816632 3-4

Fecha	Cod Trans	Descripción del Movimiento	Ciudad	Oficina/Canal	Documento	Valor	Saldo
01/08	GT18	Cargo Aplicado Cuota de Manejo que Estaba Pendiente de Cobro	Soacha	Soacha		-190.08	0.00
09/08	0593	Abono Ach Bco Bandavivienda De Subred Inte De s Nit9009590517	Bogota	Servic. Electro	000000	2,783,967.00	2,783,967.00
09/08	0845	Cuenta Integral	Bogota	Principal	716586	-13,899.00	2,770,068.00
09/08	GT18	Cargo Aplicado Cuota de Manejo que Estaba Pendiente de Cobro	Soacha	Soacha		-10,659.92	2,759,408.08
10/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B2517 de Bogota HOSPSTCL realizado el 10/08/2017 Tarj # 491511******5078		Canal Electro	000334	-50,000.00	2,709,408.08
10/08	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	000334	-1,500.00	2,707,908.08
14/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B2214 de Bogota HSANTACL realizado el 12/08/2017 Tarj # 491511******5078		Canal Electro	005559	-50,000.00	2,657,908.08
14/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B2197 de Bogota UNISUR realizado el 12/08/2017 Tarj # 491511******5078		Canal Electro	001938	-600,000.00	2,057,908.08
14/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B2197 de Bogota UNISUR realizado el 12/08/2017 Tarj # 491511******5078		Canal Electro	001934	-600,000.00	1,457,908.08
14/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B2197 de Bogota UNISUR realizado el 12/08/2017 Tarj # 491511******5078		Canal Electro	001936	-600,000.00	857,908.08
14/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B2197 de Bogota UNISUR realizado el 12/08/2017 Tarj # 491511******5078		Canal Electro	001940	-600,000.00	257,908.08
14/08	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	001940	-1,500.00	256,408.08
14/08	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	001936	-1,500.00	254,908.08
14/08	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	001938	-1,500.00	253,408.08
14/08	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	001934	-1,500.00	251,908.08
14/08	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	005559	-1,500.00	250,408.08
14/08	0212	Comision por transaccion errada por causa del cliente en cajero Banco Bogota		Canal Electro	001942	-1,500.00	248,908.08
24/08	0845	Cuenta Integral	Bogota	Principal	716586	-13,899.00	235,009.08
28/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B2348 de Bogota C MAYOR 3 realizado el 26/08/2017 Tarj # 491511******5078		Canal Electro	002750	-30,000.00	205,009.08
28/08	0016	Retiro cajero automatico ATH B2348 de Bogota C MAYOR 3 realizado el 26/08/2017 Tarj # 491511******5078		Canal Electro	002747	-200,000.00	5,009.08
28/08	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	002750	-1,500.00	3,509.08
28/08	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	002747	-1,500.00	2,009.08
31/08	GT01	Intereses ganados	Soacha	Soacha		47.00	2,056.08
01/09	GT18	Cargo Aplicado Cuota de Manejo que Estaba Pendiente de Cobro	Soacha	Soacha		-2,056.08	0.00
08/09	0593	Abono Ach Bco Bandavivienda De Subred Inte De s Nit9009590517	Bogota	Servic. Electro	000000	2,969,565.00	2,969,565.00
08/09	GT18	Cargo Aplicado Cuota de Manejo que Estaba Pendiente de Cobro	Soacha	Soacha		-8,793.92	2,960,771.08
11/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B2517 de Bogota HOSPSTCL realizado el 11/09/2017 Tarj # 491511******5078		Canal Electro	004820	-100,000.00	2,860,771.08
11/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B2517 de Bogota HOSPSTCL realizado el 09/09/2017 Tarj # 491511******5078		Canal Electro	004385	-100,000.00	2,760,771.08
11/09	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	004385	-1,500.00	2,759,271.08
11/09	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	004820	-1,500.00	2,757,771.08
12/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B2197 de Bogota UNISUR realizado el 11/09/2017 Tarj # 491511******5078		Canal Electro	009854	-600,000.00	2,157,771.08
12/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B2197 de Bogota UNISUR realizado el 11/09/2017 Tarj # 491511******5078		Canal Electro	009852	-600,000.00	1,557,771.08
12/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B2197 de Bogota UNISUR realizado el 11/09/2017 Tarj # 491511******5078		Canal Electro	009848	-600,000.00	957,771.08
12/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B2197 de Bogota UNISUR realizado el 11/09/2017 Tarj # 491511******5078		Canal Electro	009850	-600,000.00	357,771.08
12/09	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	009854	-1,500.00	356,271.08
12/09	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de		Canal Electro	009848	-1,500.00	354,771.08

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Impreso por: dispapeles S.A.S. NIT: 860.028.580-2

Banco de Bogotá

Extracto Cuenta Ahorros

Nro. 20170930009AH0087115554
Nro Cuenta: 272133000
Página 3 de 3

816632 4-4

Fecha	Cod Trans	Descripción del Movimiento	Ciudad	Oficina/Canal	Documento	Valor	Saldo
		Bogota					
12/09	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	009852	-1,500.00	353,271.08
12/09	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	009850	-1,500.00	351,771.08
13/09	0014	Compra en establecimiento SUPERTIENDA OLIMPICefectuada el 13/09/2017 Tarj # 491511******5078	Soacha	Soacha	126078	-8,000.00	343,771.08
13/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B2326 de Bogota UNISUR 2 realizado el 13/09/2017 Tarj # 491511******5078		Canal Electro	001897	-40,000.00	303,771.08
13/09	0016	Retiro cajero automatico ATH B2326 de Bogota UNISUR 2 realizado el 13/09/2017 Tarj # 491511******5078		Canal Electro	001893	-300,000.00	3,771.08
13/09	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	001893	-1,500.00	2,271.08
13/09	0059	Comision por utilizacion cajero automatico Banco de Bogota		Canal Electro	001897	-1,500.00	771.08
13/09	GT19	Cargo Aplicado Comision sin IVA que Estaba Pendiente de Cobr	Soacha	Soacha		-771.08	0.00
29/09	GT19	Cargo Aplicado Comision sin IVA que Estaba Pendiente de Cobr	Soacha	Soacha		-33.00	-33.00
30/09	GT01	Intereses ganados	Soacha	Soacha		33.00	0.00
		-------- FIN MOVIMIENTOS --------					

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Impreso por dispapeles S.A.S. NIT. 860.028.580-2