

Twitter Url

Financial Information

Financial Information	Year	Fiscal Year	Heritage	Current Assets	Total Assets	Current Liabilities	Liabilities	Operating Income	Interest Expense
No items found.									



Colombia Compra Eficiente

¿Siente que está lento?

UTC -5 16:06:55

Buscar por proceso

Menú

Buscar

Confirmación de registro de la entidad

Id de página: 14001741 Ayuda

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicidades 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.

SIDEAPO

Última Actualización: 13-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MORENO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RAMIREZ	NOMBRES JUAN CAMILO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1033716586	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 2910584 D.M. 2		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 24 MES NOV AÑO 1989 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Carrera 3 N-30-130 Bloque 2 apto. 302 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Soacha TELEFONO 8213971 EMAIL camilo_314@hotmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO BACHILLER	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	☒ 11º	MES NOVIEMBRE	AÑO 2006

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ECTRICTO 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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	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.

SIDEAPO

Última Actualización: 13-dic-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3282828	DÍA 1 MES 9 AÑO 2018		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ENFERMERO	ENFERMERO	DIAGONAL 34 # 5-43	

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL SANTA CLARA ESE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	jmoreno586@uan.edu.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3282828	DÍA 1 MES 8 AÑO 2015		DÍA 31 MES 8 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ENFERMERO ASISTENCIAL	COORDINACIÓN ENFERMERÍA 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@hmg.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7309230	DÍA 1 MES 9 AÑO 2011		DÍA 31 MES 7 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermero	Enfermería	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

5

3



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 INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

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
PARTICULAR	0	0
TOTAL	5	3

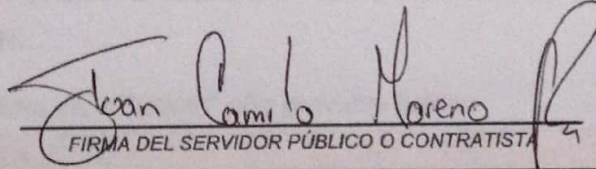
5

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

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



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, 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	\$ 34.800.000,00
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	\$ 34.800.000,00

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
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
-------------------	----------	-------



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



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:

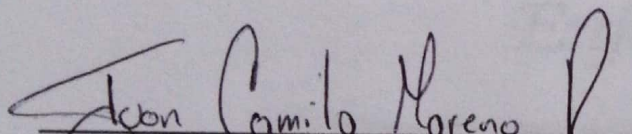
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

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. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



República de Colombia



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.

*Aprobé 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



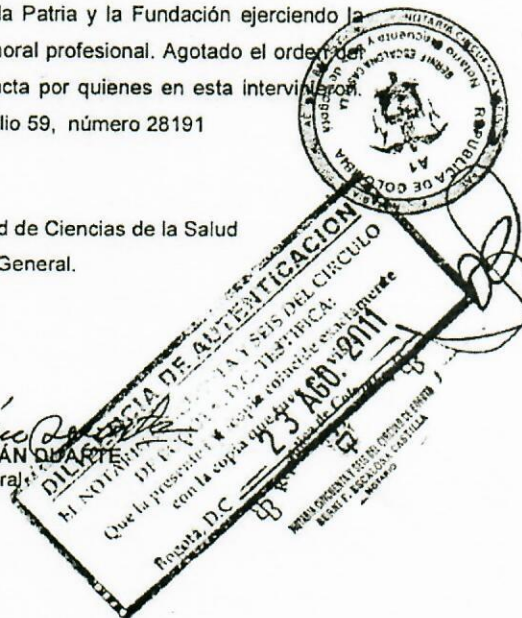
**FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
ACTA DE GRADO 537**

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 intervención. 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
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General



Bogotá
Sede Principal: Carrera 14A No. 59-25
Pbx. 217 2040
Admisiones: 212 6320
Sede Administrativa: Calle 71 No. 13-27
Pbx. 411 845 8600 Fax: 411 2131016
Línea Nacional: 018000 110232
atencion@fundacionandina.edu.co

Educación: Educación Superior y Desarrollo Humano
Calle 47 No. 11-15
Tels: 255 0340-2550242-2550540
Centro de Investigación y Desarrollo
Calle 75 No. 11-44
Pbx. 2121274

Paraná
Calle 24 No. 8-55
Pbx. 45 325 9932 FAX: 45 325 5995
www.fundacionandina.edu.co
Vélez, J. P.
Transversal 22 No. 4-105
Tel: 45 543 6250-543 6656

Bagué
Carrera 3 No. 7-18, La Fina
Pbx. 01 252 3176 FAX: 01 252 3204
Páez
Carrera 31A No. 20-40
Tel: 01 781 2049-781 2111
Mazón
Calle 10 No. 24-45, Ciudad Universitaria de la Paz



CERTIFICAN QUE:

"JUAN CAMILO MORENO"

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO N°

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



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 Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

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


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


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

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaria del Alca 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 Romíez 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 Romíez

No. de documento:

1033716586

Tarjeta profesional No:

29847

Dirección de contacto:

Carrera 3 #30 Bm 12 Bldg 2 Apt 302

Teléfono:

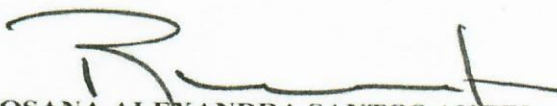
8213971 - 3203718580

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

CERTIFICA

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 Secretaría 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

Juan Camilo Moreno
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

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00110161-M-1033716586-20081024

0004750738A 1

25708082



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

Espacio reservado para la DIAN



2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14235859783



(415)7707212489984(8020) 0000014235859783

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 3 3 7 1 6 5 8 6 - 9
6. DV 9
12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

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 3 3 7 1 6 5 8 6
27. Fecha expedición: 2 0 0 7 1 2 1 0
28. País: COLOMBIA
29. Departamento: Bogotá D.C.
30. Ciudad/Municipio: Bogotá D.C.
31. Primer apellido: ORENO
32. Segundo apellido: RAMIREZ
33. Primer nombre: JUAN
34. Otros nombres: CAMILO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

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

42. Correo electrónico:
43. Apartado aéreo:
44. Teléfono 1: 5 7 8 9 5 8 0
45. Teléfono 2: 3 1 3 3 0 8 9 7 4 7

CLASIFICACION

Actividad económica
46. Código: 8 8 9 2
47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 3 0 4 0 3
48. Código:
49. Fecha inicio actividad:
50. Código: 1 2
51. Código:
52. Número establecimientos:

Responsabilidades

53. Código: 1 2 0

20. Otención NIT

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

55. Forma: 56. Tipo: Servicio: 1 2 3
57. Modo: 58. CFC:

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI X NO

60. No. de folios: 2

61. Fecha: 2 0 1 3 0 4 0 3

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.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

984. Nombre: BARBOSA FIQUITIVA ALCIRA ROCIO
985. Cargo: Analista I

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 02-12-2016

Hora: 3:30:22 PM

Página 1 de 1

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 Jurídica 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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO

1033716586

APELLIDOS Y NOMBRES

MORENO RAMIREZ

JUAN CAMILO

PERTENECE AL EJÉRCITO

1ª LINEA
31 - DIC

2019

2ª LINEA
31 - DIC

2029

3ª LINEA
31 - DIC

2039



PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXPIR: 23 JUN 2011

COTE DE DISTRITO



REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANEC
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 BOGOTÁ 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 realizó 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 Secretaría 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 BOGOTÁ 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 la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

1033716586

Primer Nombre *

juan

Primer Apellido *

moreno

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-01→8:36:07 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1033716586	JUAN	CAMILO	MORENO	RAMIREZ	Ver

Información Detallada [CC: 1033716586] JUAN CAMILO MORENO RAMIREZ

2018-12-01→8:36:07 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	0001/1/01	ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).



Tribunal Nacional Etico de Enfermería

Ley 266 de 1996

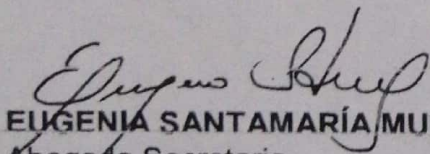
Ley 911 de 2004 "Ley Deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

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 treinta (30) días del mes de noviembre del año dos mil dieciocho (2018).

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



Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: **Juan Camilo Moreno R.**

Apellidos:

Documento
de identidad:

CC ☒ 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	012WED10	Nidal
Toxoide Tetánico Diftérico Td	2	21-Abr-10	0241004	Nidal
	3	22-05-10	0241004	Nidal
	4			
	5			
	1			
Contra Hepatitis B	1	19-Marzo-10	UVAX002	Nidal
	2	21-Abr-10	UVAX002	Nidal
	3	22-Oct-10	0022VA	Nidal

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		22-NOV-10	UH385AC	Nidal
Otras				

Consérvelo

Libertad y Orden



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombres:

Juan Camilo

Apellidos:

Moreno Ramirez

Documento
de identidad:

CC XT

Passaporto

No. 10337165-86

Fecha de Nacimiento:

Día 24

Mar 11

ATO 1989

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
A-2 Contra Hepatitis B	1	0 FEB. 2017	3-17 1434046-01	América Sur Argentina
	2			
	3			
	R			

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

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 EPIDEMIOLÓGICA

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 Jose Polo Donado
Especialidad: MEDICINA LABORAL
CC: 72343832 RM: 25/5994/2015

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

Juan Camilo Moreno Ramirez

Trabajador: JUAN CAMILO MORENO RAMIREZ
CC: 1033716586

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

" EVITAR PERMANECER 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 PERMANECER SENTADO EN UN ESCRITORIO LA ALTURA DE LA SUPERFICIE DE TRABAJO DEBE ESTAR ACORDE CON LA SILLA QUE VA UTILIZAR, 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 Jose Polo Donado

Jhonattan Jose Polo Donado

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

Juan Camilo Moreno Ramirez

Trabajador: JUAN CAMILO MORENO RAMIREZ
CC: 1033716586

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

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

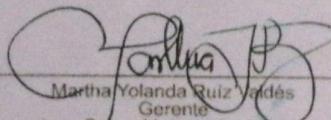
C.C.: 1033716586

Asistió a la capacitación en:

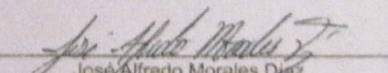
**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

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


Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente

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


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



LIFE SUPPORT NIT 900832159-7

CERTIFICA QUE:

JUAN CAMILO MORENO RAMÍREZ

C.C. 1033716585

ASISTIO Y APROBO a satisfacción el curso Teórico Práctico de **SOPORTE VITAL AVANZADO Y BÁSICO**. Con una intensidad de 48 Horas, conforme a lo estipulado en la Resolución 2003 de 2014, y las Guías AHA 2015, y 2017 para **ADVANCE CARDIOLOGY LIFE SUPPORT**.

De acuerdo a lo establecido en el Decreto 2888/07, Min Educación, Resolución 2003/14 Min. Protección Social, esta certificación tiene una validez de 2 Años, a partir de la fecha de expedición, según la ley Colombiana, y se expide en Tunja el 3 de diciembre de 2018.

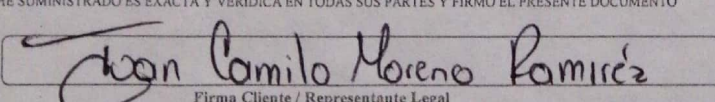


JUAN PABLO AYELLA FRENCH
GERENTE EDUCANDO LIFE SUPPORT

Si requiere verificación escribanos avellafrench@yahoo.es

 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 FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	13-12-18	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización 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 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	☒
SERVIDOR PÚBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
Moreno	Ramírez		Juan	Camilo	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒ 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) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐			0	0	3203718580
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ TECNOLÓGICO ☐ BACHILLER ☐ OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐					
CUAL:					Enfermero
DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA	
Correra 3# 30bs 12 Bay 2	Sonacha	Cundinamarca	Colombia	8213971	
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA		
Camilo314@hotmail.com			PROPIA ☐ FAMILIAR ☒ ARRENDADA ☐		
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX	
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
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 ☐		
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO	☐	ESTUDIANTE	☐	HOGAR	☐
SOCIO	☐	CONTRATISTA	☐	COMERCIANTE	☐
PROFESIONAL INDEPENDIENTE	☐	EMPLEADO SOCIO	☐	OTRA	☐
CUAL:					
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE		DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA	SI ☐ NO ☒
		ICA	SI ☐ NO ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
				8692	
				PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☒	
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☐

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.

 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p>	<p>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</p>	<p>CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22</p>
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS		
<p>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.</p> <p>Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</p> <p>Profesional Independiente/Contratista 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. <i>Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.</i></p> <p>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.</p>		
<p>1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)</p> <p>2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.</p> <p>3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.</p> <p>4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.</p> <p>5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si está obligado a declarar)</p> <p>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)</p> <p>APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.</p> <p><i>NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente sonotados (Arrendamientos, venta activos, herencias, leudados, donaciones, etc.)</i></p>		
<p>10. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR, CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.</p>		
CONSIDERACIONES		
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes</p> <p>4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:</p>		
AUTORIZACIÓN		
<p>Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.939.051-7, 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.</p>		
<p>Declaro expresamente:</p> <p>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.</p> <p>B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:</p> <p>1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.</p> <p>2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.</p>		
<p>3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, y 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.</p> <p>4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>		
<p>7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: 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.</p> <p>8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACIONES: 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 (<i>Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail: sarlaft@subredcentroorient.gov.co</i>) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. <i>(INDICAR DIRECCIÓN, CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO)</i>.</p> <p>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.</p> <p>NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorient.gov.co) en el Link "POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES".</p>		
IX. FIRMA Y HUELLA		
<p>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</p>		
 <p>Firma Cliente / Representante Legal</p>		 <p>Huella Índice Derecho</p>
X. INFORMACIÓN DE ENTREVISTA		XI. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN
1. Fecha:	2. Ciudad:	1. Fecha:
3. Nombre del funcionario o Asesor:		2. Ciudad:
4. Lugar de la Entrevista:		3. Nombre y Cargo de quien verifica:
5. Observaciones:		4. Lugar de la verificación:
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐	5. Observaciones:
7. Firma y Cédula		6. Firma y cédula:



LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) JUAN CAMILO MORENO RAMIREZ identificado(a) con cedula ciudadanía 1.033.716.586, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 1 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
RED 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
10475419

CER-AFI



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 Ciudadanía **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 08 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118581395



WEB
16:20:01
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 29 de noviembre 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) 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 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 jueves 29 de noviembre de 2018, a las 16:23:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1033716586
Código de Verificación	1033716586181129162333

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



Bogotá D.C., 29 de Noviembre de 2018 - 16:27 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 BOGOTÁ 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 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 Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:31:03 horas del 29/11/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1033716586**

Apellidos y Nombres: **MORENO RAMIREZ JUAN CAMILO**

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.



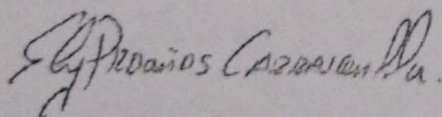
Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes
a viernes de 8:00 am - 12:00 pm
y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano -
Bogotá D.C. (571) 5159111 /
9112
Resto del país: 018000 010 112
Requerimientos ciudadanos 24
horas
Fax (571) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co.

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.

Tarjeta de Credito No. ****9249, abierta/o desde el 15/07/2014.

Se expide en Soacha el día 30 del mes de Noviembre del año 2018



Firma Autorizada

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