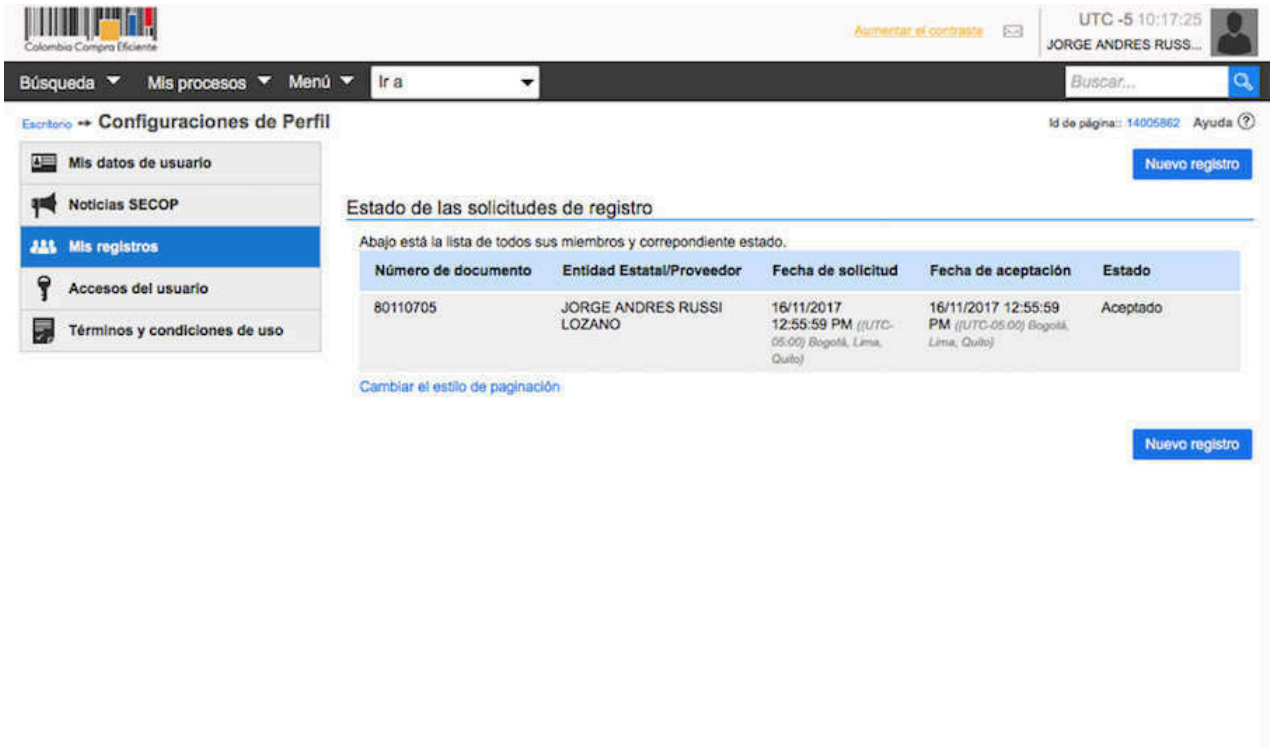

Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 10:17:25
JORGE ANDRES RUSS...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio ⇒ Configuraciones de Perfil
Id de página:: 14005862
Ayuda
Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso
Nuevo registro
Estado de las solicitudes de registro
Abajo está la lista de todos sus miembros y correspondiente estado.
Número de documento
Entidad Estatal/Proveedor
Fecha de solicitud
Fecha de aceptación
Estado
80110705
JORGE ANDRES RUSSI LOZANO
16/11/2017 12:55:59 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
16/11/2017 12:55:59 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Aceptado
Cambiar el estilo de paginación
Nuevo registro

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** JORGE ANDRES RUSSI LOZANO

**IDENTIFICADO CON C.C.** ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 80110705 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

**País** Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

**Dirección** CARRERA 74A 63 92 T1 AP107 **Teléfonos** 3103360512 3103360512

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| MARTHA LOZANO SOTO | 41680432 | MADRE |
| LEONARDO ANDRES RUSSI PEÑARETE | 0 | HERMANO(A) |
| THOMAS SANTIAGO RUSSi PEÑA | 1013010008 | HIJO(A) |
| GABRIEL HUMBERTO RUSSI PEÑARETE | 19101702 | PADRE |

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 | $ 312.085.000,00 |
| 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 | $ 312.085.000,00 |

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 | 00018417 | BOGOTA | $ 500.000,00 |
| DAVIVIENDA | AHORROS | 006100866281 | BOGOTA | $ 500.000,00 |
| AV VILLAS | AHORROS | 21810614 | BOGOTA | $ 200.000,00 |
| BANCOLOMBIA | AHORROS | 25814898485 | BOGOTA | $ 200.000,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| APARTAMENTO | CALLE63A BIS 70 C 75 INT1 AP204 | $ 100.000.000,00 |

| | | |
|---|---|---|
| VEHICULO | CHEVROLET TRAIL BLAZER | $ 130.000.000,00 |
| VEHICULO | TWINGO | $ 8.000.000,00 |

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| AV VILLAS | CREDITO HIPOTECARIO | $ 49.000.000,00 |
| BACOLOMBIA | LEASING | $ 210.000.000,00 |

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

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

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

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

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

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO DOCUMENTO<br>C.C◯ C.E◯ T.I.◯ | NÚMERO DOCUMENTO |
|---|---|---|
| | | |

## 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. 17-dic-2018

**CIUDAD Y FECHA**

Bogotá D.C

Señores:

Fundacion Universitaria San Martin.

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Jorge Andres Rios Cozano 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:

Medico Internista

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 80110705

Tarjeta profesional No: 15 589/2007

Dirección de contacto: Cra 74a #63-92 TJ Ap 107

Teléfono: 3103360512

Bogotá D.C

Señores:
Fundacion Universitaria San Martin.
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Jorge Andres Russi Cozano 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:

Medico general
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 80110705

Tarjeta profesional No: 15589/2007.

Dirección de contacto: Cra 74#63-92 TJ Ap 107

Teléfono: 3103360512

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14299725618

(415)7707212489984(8020) 000001429972561 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8011070705 — 7

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 32

14. Buzón electrónico

## IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 13

26. Número de identificación: 80110705

27. Fecha expedición: 20010627

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 169

29. Departamento: Bogotá D.C. 11

30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido: RUSSI

32. Segundo apellido: LOZANO

33. Primer nombre: JORGE

34. Otros nombres: ANDRES

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

## UBICACION

38. País: COLOMBIA 169

39. Departamento: Bogotá D.C. 11

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CL 63 A BIS 70 C 75 IN 1 AP 204 BRR LA CABAÑA

42. Correo electrónico: andresrussi@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1: 2241336

45. Teléfono 2: 3103360512

## CLASIFICACION

### Actividad económica

Actividad principal

46. Código: 8621

47. Fecha inicio actividad: 20080407

Actividad secundaria

48. Código: 7490

49. Fecha inicio actividad: 20080407

Otras actividades

50. Código: 1 2

### Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 2 2 2 5

# 12- Ventas régimen simplificado

### Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI NO X

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 20140710

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

984. Nombre: MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA
985. Cargo: Gestor II

Fecha generación documento PDF: 15-03-2016 05:19:23PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA



# CERTIFICADO DE INSCRIPCION

JORGE ANDRES

RUSSI LOZANO

C.C 80110705

MEDICO(A)

Expedicion 26/12/2007

GOBERNACION DE BOYACA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
RESOLUCIÓN NUMERO 0589 DE 02 ABR 2007

Por la cual se confiere una autorización
(Decreto 1875 de 1994)

## CONSIDERANDO:

Que JORGE ANDRES RUSSI LOZANO , identificado con Cédula de Ciudadanía Número 80.110.705 expedida en Bogotá, ha solicitado el registro de su título como MEDICO GENERAL que le otorgó LA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN de la ciudad de Bogotá el día 21 de Junio de 2006 .

Que dicho título se encuentra registrado en LA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN , Libro de Registro N°02 , Folio N°114 , Registro No 010632 , Diploma N°8912 .

Que el aludido profesional cumplió con el Servicio social Obligatorio en LA E.S.E. CENTRO DE SALUD MANUEL ELKIN PATARROYO DE OTANCHE , en el período comprendido entre el 11 de Agosto de 2006 y el 11 de Febrero de 2007, .

## RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a JORGE ANDRES RUSSI LOZANO para ejercer la profesión de MEDICO GENERAL en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Ordenar la publicación de la presente resolución en el diario oficial a costa del interesado.

**NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE:**

Dada en Tunja a los, 02 ABR 2007

WILSON FERNANDO MARTÍN DÍAZ
Secretario

Diseño: Erika G. Rosas S.
Elaboro: Rosa María Mesa

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

80110705

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

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

C-2354

**EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

**NACIONAL DE ETICA MEDICA**

**MANIFIESTA:**

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Etica Médica, asi como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Etica Médica, no se encontró que contra el doctor **JORGE ANDRES RUSSI LOZANO,** identificado con la cédula de ciudadanía No. 80.110.705 de Bogotá y tarjeta profesional No. 15 589/2007 del Ministerio de la Protección Social, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

**Se aclara que por ser este un Tribunal de Segunda Instancia, la información anterior no incluye la totalidad de la que se halla contenida en los Tribunales Seccionales.**

Dada en Bogotá, D. C., a los veintisiete (27) días del mes de octubre de dos mil quince (2015) a solicitud del interesado.

GERMAN GAMARRA HERNANDEZ
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futura Tels. 6279983-6279975 Fax 6279587 Bogotá D. C.
E-Mail tnetmed@outlook.com

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:

## JORGE ANDRES RUSSI LOZANO

C.C.: 80110705

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

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.
Bogotá Mejor para Todos

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

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

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

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

FECHA: 15/12/2018 CIUDAD: BOGOTA DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

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

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

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

### 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE: |
|---|---|---|---|
| RUSSI | MOZUNO | JORGE | ANDRES |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. ☒ | C.E. ☐ | R.C. ☐ | NUIP ☐ | 80160705 | BOGOTA | 27/06/2001 |
| PASAPORTE ☐ | OTRO ☐ | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ ☐ | | |

| FECHA NACIMIENTO | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD |
|---|---|---|---|
| 13/04/1983 | BOGOTA | COLOMBIA | COLOMBIANO |

| ESTADO CIVIL | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐ | 1 | 1 | 3103360512 |

| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA | | | | | | | | PROFESION / OFICIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MAGISTER ☐ | POSGRADO ☒ | UNIVERSITARIO TECNOLOGO ☐ | BACHILLER ☐ | OTRO ☐ | PRIMARIA ☐ | TECNICO ☐ | CUAL: | MEDICO INTERNISTA |

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA: | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA: |
|---|---|---|---|---|
| Cra 79a 63-92 Ti 4 Ap 107 | BOGOTA | CUNDINAMARCA | COLOMBIA | 3103360512 |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| andresrussi@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 ☐ | | NACIONALIDAD |

### 3. ACTIVIDAD ECONOMICA

| ASALARIADO | ESTUDIANTE | HOGAR | PENSIONADO | CUAL: |
|---|---|---|---|---|
| SOCIO ☐ | CONTRATISTA ☒ | COMERCIANTE ☐ | EMPLEADO PUBLICO ☐ | |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ | EMPLEADO SOCIO ☐ | | OTRA . . . . ☐ | |

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | DECLARA RENTA | | IVA | | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA |
|---|---|---|---|---|---|
| | | SI ☒ NO ☐ | | SI ☐ NO ☒ | 8621 |
| | | | ICA | SI ☒ NO ☐ | PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐ |

| GRAN CONTRIBUYENTE | | AUTORETENEDOR | | |
|---|---|---|---|---|
| SI ☐ NO ☒ | | | SI ☐ NO ☒ | SI ☐ 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 Integrada de servicios de salud centro Oriente |

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | | # NIT |
|---|---|---|
| GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☐ | | 900959057-7 |

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| Dg 63 #5-43 | 3649666 | BOGOTA | BOGOTA | COLOMBIA |
| **CARGO ACTUAL** | Medico Internista | | **FECHA VINCULACION** | 16/04/2015 |

## 4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

## 5. INFORMACIÓN FINANCIERA

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | ACTIVOS | | PASIVOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALARIOS | | GASTOS FAMILIARES | 2.000.000 | AHORROS | | SALDO HIPOTECA | 120.000.000 |
| HONORARIOS | 16.000.000 | ARRIENDOS | 2.200.000 | INVERSIONES | | TARJETAS DE CREDITO | 4.000.000 |
| ARRIENDOS | | CUOTA VEHICULO | 2.200.000 | VEHICULOS | 80000000 | DEUDA VEHICULOS | 100.000.000 |
| COMISIONES | | CUOTA VIVIENDA | | PROPIEDADES | 130.000.000 | DEUDAS TERCEROS | |
| OTROS INGRESOS* | | OTROS EGRESOS* | 8.000.000 | OTROS ACTIVOS* | | OTROS PASIVOS* | 40.000.000 |
| TOTAL INGRESOS | 16.000.000 $0 | TOTAL EGRESOS | 14.200.000 $0 | TOTAL ACTIVOS | 210.000.000 $0 | TOTAL PASIVOS | 264.000.000 $0 |

| DESCRIPCION OTROS INGRESOS | DESCRIPCION OTROS EGRESOS | DESCRIPCION OTROS ACTIVOS | DESCRIPCION OTROS PASIVOS |
|---|---|---|---|
| | | | CREDITO LIBRE INVERSION |

## 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 |
|---|---|---|---|
| REINA | RENGIFO | MARICELY | ESPERANZA |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| Cra 54F 152a-85 Ap 905 | Bogota/Cundinamarca/Colombia | AMIGA | 3016032 / 3006042108 |

## REFERENCIA FINANCIERA

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | PAIS/CIUDAD | MONEDA | MONTO PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| Occidente | T Credito | 5406-2515-3051-7000 | Bta Colombia | | |

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

## DECLARACIÓN ORIGEN DE LOS DEPOSITOS

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.):

## 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 dias 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 Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

### AUTORIZACION

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

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la 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 consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.*(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO )*.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
**NOTA:** Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

## IX. FIRMA Y HUELLA

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



**Firma Cliente / Representante Legal**

**Huella Indice Derecho**

## X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

## XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

# Declaración de Renta y Complementario Personas Naturales y Asimiladas de Residentes y Sucesiones Iliquidas de Causantes Residentes

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

PRIVADA

**210**

1. Año: 2017

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2113630231465

(415)7707212489984(8020) 000211363023146 5

**Datos del declarante**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 7. Primer apellido | 8. Segundo apellido | 9. Primer nombre | 10. Otros nombres | 12.Cod. Dirección seccional |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 0 1 1 0 7 0 5 | 7 | RUSSI | LOZANO | JORGE | ANDRES | 3 2 |

24. Actividad económica: 7490 — Si es una corrección indique: — 25.Cód. — 26. No. Formulario anterior — 27. Fracción año gravable 2018 (Marque "X") — 28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque"X")

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Patrimonio** | Patrimonio bruto | 29 | 639,360,000 |
| | Deudas | 30 | 225,965,000 |
| | **Total patrimonio líquido** | **31** | 413,395,000 |
| **Rentas de trabajo** | Ingresos brutos por rentas de trabajo (art 103 E.T.) | 32 | 312,085,000 |
| | Ingresos no constitutivos de renta | 33 | 30,715,000 |
| | **Renta líquida** | **34** | 281,370,000 |
| | Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables | 35 | 100,021,000 |
| | **Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables** (limitadas) | 36 | 100,021,000 |
| | **Renta líquida cedular de trabajo** | **37** | 181,349,000 |
| **Renta de pensiones** | Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior | 38 | 0 |
| | Ingresos no constitutivos de renta | 39 | 0 |
| | **Renta líquida** | **40** | 0 |
| | Rentas exentas de pensiones | 41 | 0 |
| | **Renta líquida cedular de pensiones** | **42** | 0 |
| **Rentas de capital** | Ingresos brutos rentas de capital | 43 | 20,000 |
| | Ingresos no constitutivos de renta | 44 | 13,000 |
| | Costos y gastos procedentes | 45 | 0 |
| | **Renta líquida** | **46** | 7,000 |
| | Rentas líquidas pasivas de capital – ECE | 47 | 0 |
| | Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas de capital | 48 | 0 |
| | **Rentas exentas de capital y deducciones imputables** (limitadas) | **49** | 0 |
| | **Renta líquida ordinaria del ejercicio** | **50** | 7,000 |
| | **Pérdida líquida del ejercicio** | **51** | 0 |
| | Compensación por pérdidas de ejercicios anteriores | 52 | 0 |
| | **Renta líquida cedular de capital** | **53** | 7,000 |
| **Rentas no laborales** | Ingresos brutos rentas no laborales | 54 | 1,247,000 |
| | Devoluciones, rebajas y descuentos | 55 | 0 |
| | Ingresos no constitutivos de renta | 56 | 0 |
| | Costos y gastos procedentes | 57 | 0 |
| | **Renta líquida** | **58** | 1,247,000 |
| | Rentas pasivas no laborales – ECE | 59 | 0 |
| | Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas no laborales | 60 | 0 |
| | **Rentas exentas no laborales y deducciones imputables** (limitadas) | **61** | 0 |
| | **Renta líquida ordinaria del ejercicio** | **62** | 1,247,000 |
| | **Pérdida líquida del ejercicio** | **63** | 0 |
| | Compensaciones | 64 | 0 |
| | Rentas líquidas gravables no laborales | 65 | 0 |
| | **Renta líquida cedular no laboral** | **66** | 1,247,000 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Renta por dividendos y participaciones** | Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros | 67 | 0 |
| | Ingresos no constitutivos de renta | 68 | 0 |
| | **Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores** | **69** | 0 |
| | 1a. Subcédula año 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T. | 70 | 0 |
| | 2a. Subcédula año 2017 y siguientes Parágrafo 2 art. 49 del E.T. | 71 | 0 |
| | Renta líquida pasiva dividendos ECE y/o recibidos del exterior | 72 | 0 |
| | Rentas exentas de la casilla 72 | 73 | 0 |
| | **Rentas líquidas gravables de dividendos y participaciones** | **74** | 0 |
| **Renta** | **Total rentas líquidas cedulares** | **75** | 182,603,000 |
| | Renta presuntiva | 76 | 11,465,000 |
| **Ganancia Ocasional** | Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior | 77 | 116,900,000 |
| | Costos por ganancias ocasionales | 78 | 117,500,000 |
| | Ganancias ocasionales no gravadas y exentas | 79 | 0 |
| | **Ganancias ocasionales gravables** | **80** | 0 |
| **Liquidación privada** — Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares | De trabajo y de pensiones | 81 | 41,845,000 |
| | De capital y no laborales | 82 | 0 |
| | Por dividendos y participaciones año 2016 – casilla 69 | 83 | 0 |
| | Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 1a, Subcédula | 84 | 0 |
| | Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a. Subcédula, y otros | 85 | 0 |
| | **Total Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares** | **86** | 41,845,000 |
| | **Impuesto sobre la renta presuntiva** | 87 | 0 |
| | **Total impuesto sobre la renta liquída** | **88** | 41,845,000 |
| Descuentos | Impuestos pagados en el exterior | 89 | 0 |
| | Donaciones | 90 | 0 |
| | Otros | 91 | 0 |
| | **Total descuentos tributarios** | **92** | 0 |
| | **Impuesto neto de renta** | **93** | 41,845,000 |
| | Impuesto de ganancias ocasionales | 94 | 0 |
| | Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales | 95 | 0 |
| | **Total impuesto a cargo** | **96** | 41,845,000 |
| | Anticipo renta liquidado año gravable anterior | 97 | 0 |
| | Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación | 98 | 6,413,000 |
| | Retenciones año gravable a declarar | 99 | 32,035,000 |
| | Anticipo renta para el año gravable siguiente | 100 | 0 |
| | **Saldo a pagar por impuesto** | **101** | 3,397,000 |
| | Sanciones | 102 | 0 |
| | **Total saldo a pagar** | **103** | 3,397,000 |
| | **Total saldo a favor** | **104** | 0 |

105. No. Identificación signatario — 106. DV — 107. No. Identificación — 108. Parentesco

981. Cód. Representación — Firma del declarante o de quien lo representa

997. Espacio ex — recaudadora

980. **Pago total $**: 0

982. Cód. Contador — Firma contador — 994. Con salvedades

2 0 1 8 — 0

983. No. Tarjeta profesional

Firmado

2018-10-17 / 12:19:40 PM

Fecha Acuse de Recibo

996. Espacio para el número interno dela DIAN/ Adhesivo

91000582713655

2 0 1 8 3 0 5 9 8 1 7 8 0 6

RECIBO

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

# CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 80110705 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Russi Lozano,Jorge Andres |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| TIPO DE TRABAJADOR | Independiente Con Contrato De |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN | 17/03/2008 |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | Vigente |
| ESTADO DE SERVICIO | Habilitado |
| REGIMEN | Contributivo |

La presente se expide a nombre de Russi Lozano,Jorge Andres, a los 13 días del mes de diciembre del año 2018.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



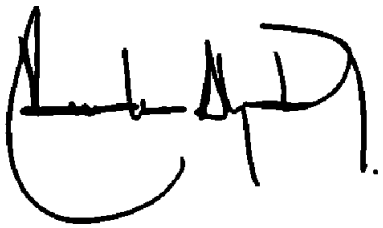
Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

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

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **JORGE ANDRES RUSSI LOZANO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **80,110,705**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Diciembre de 2018.



_____
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**
**FECHA: 2017-08-04**

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

| | |
|---|---|
| 80110705 | Sura |
| Numero de Documento | ARL |

| Jorge | Andres | Russi | Lozano |
|---|---|---|---|
| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |

| 13/04/1983 | Bogotá | Carrera 74a 63-92 | 3103360512 |
|---|---|---|---|
| F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | Teléfono Fijo |

| Sanitas | Porvenir | $ 12'000.000 |
|---|---|---|
| EPS - Salud | AFP - Pensiones | Honorarios |

| Medico especialista Medicina Interna | |
|---|---|
| Objeto Contractual (Cargo) | Fecha Inicio del Contrato |

| andres.russi@hotmail.com | 3103360512 |
|---|---|
| Correo Electrónico | Celular |

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 7313156.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 119157612

WEB
09:44:13


Bogotá DC, 13 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JORGE ANDRES RUSSI LOZANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80110705:

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.**

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# 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 13 de diciembre de 2018, a las 10:20:20, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 80110705 |
| Código de Verificación | 80110705181213102020 |

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA**
**No. 2608688**

**Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 9:59 am**

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

**CERTIFICA**

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **JORGE ANDRES RUSSI LOZANO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **OCHENTA MILLONES CIENTO DIEZ MIL SETECIENTOS CINCO** de BOGOTA D.C.

**80110705**

**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.

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 comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.



**El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_BXDB5_599**
**Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona JORGE ANDRES RUSSI LOZANO identificado(a) con CC 80110705 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 000188417 desde el 29 de agosto de 2013, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 17 de diciembre de 2018, a solicitud del interesado, con destino a SUBRED CENTRO ORIENTE ESE .

Atentamente,

Olga Yanira Otálora Guerrero
Gerencia de Soluciones para el Cliente
Banco de Bogota

**FACULTAD DE MEDICINA**
**POSTGRADOS**
Sede Bogotá, D.C.
**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA**
Registro ICFES No. 2709561600005631011O1

**ACTA DE GRADO No. 1326**

En la ciudad de Bogotá, D.C., siendo las 11:00 a.m. del día seis (06) de Mayo del año dos mil once (2.011), se reunieron en el Auditorio "Mariano Alberto Alvear Orozco", los doctores: Jaime Villamizar Lamus, Rector; José Ricardo Caballero Calderón, Secretario General; Camilo Delgado Arjona, Decano de la Facultad de Medicina; Víctor Hugo Pacheco Rojas, Vicedecano de la Facultad de Medicina y Orlando Rodríguez García, Secretario Académico; Gabriel Manzi, Coordinador General de Postgrados y Augusto Rodríguez, Coordinador del Postgrado de Medicina Interna, con el objeto de realizar la ceremonia de graduación de Especialistas en Medicina Interna, debidamente autorizados por el Consejo Académico de la Facultad de Medicina según Acta No. 077 del 28 de Abril del año 2.011, al graduando que se relaciona a continuación, quien acreditó el cumplimiento del Programa aprobado por el Plenum de la Fundación, mediante Acuerdo No. 058 de Noviembre 26 de 1.996.

**Jorge Andrés Russi Lozano CC 80110705 Bogotá D.C. LM 83041351589**

El graduando cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por la Facultad y le otorga, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, el título de: **ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA.**

Luego se tomó a los especialistas el juramento de rigor, concebido en los siguientes términos: JURAÍS ANTE DIOS Y LA PATRIA OBEDECER LA CONSTITUCIÓN Y LAS LEYES DE LA REPÚBLICA, PROFESAR AMOR, RESPETO Y ÉTICA A LA PRÁCTICA DE VUESTRA PROFESIÓN, ENALTECIENDO POR SIEMPRE SU NOMBRE Y EL DE TODOS VUESTROS COLEGAS PARA SER EJEMPLO DE HONESTIDAD, LEALTAD Y VOLUNTAD DE SERVICIO A LA SOCIEDAD COLOMBIANA? Los graduandos contestaron afirmativamente. SI ASÍ LO HICIEREIS, DIOS Y LA PATRIA OS LO PREMIE, SI NO ÉL Y ELLA OS LO DEMANDE.

Acto seguido, se procedió a la nominación de Especialistas y a la entrega de los diplomas y actas de grado correspondientes. Estuvieron presentes en la ceremonia las personalidades del Alma Mater, los señores Decanos y Docentes del Claustro Sanmartiniano de la Sede de Bogotá, D.C.

Finalmente, el Secretario General, leyó el Acta de Graduación y se dio por terminada la ceremonia de grado. Para constancia se firma la presente Acta en la ciudad de Bogotá, D.C., a los seis (06) días del mes de Mayo del año 2.011.

**JAIME VILLAMIZAR LAMUS** (Fdo)
Rector

**JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN** (Fdo)
Secretario General

Es fiel copia tomada del original en lo pertinente. Se deja constancia que el diploma se encuentra registrado bajo el número **16982** anotado en el Folio número 187 del Libro número 04 de fecha seis (06) de Mayo del año dos mil once (2.011). Se expide en la ciudad de Bogotá D.C., a los seis (06) días del mes de Mayo del año dos mil once (2.011).

**JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN**
Secretario General

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN**

**FACULTAD DE MEDICINA**
Sede Bogotá, D.C.
Registro ICFES No. 27094610000110011100

**ACTA DE GRADO No. 438**

En la ciudad de Bogotá, D.C., siendo las 11:00 a.m., del día veintiuno (21) de Junio del año dos mil seis (2.006), se reunieron en el Auditorio "Mariano Alberto Alvear Orozco", los doctores: Jaime Villamizar Lamus, Rector; José Ricardo Caballero Calderón, Secretario General; Camilo Delgado Arjona, Decano de la Facultad de Medicina; Víctor Hugo Pacheco Rojas, Vicedecano de la Facultad de Medicina y Orlando Rodríguez García, Secretario Académico de la Facultad de Medicina; con el objeto de realizar la ceremonia de graduación de MÉDICOS GENERALES, debidamente autorizados por el Consejo Académico según Acta No. 116 del 19 de Mayo del año dos mil seis (2.006), al alumno que se relaciona a continuación, quien acreditó el cumplimiento del programa aprobado por el Plenum de la Fundación, mediante Acuerdo No. 022 del diecinueve (19) de Octubre de mil novecientos noventa y tres (1993).

**Jorge Andrés Russi Lozano C.C. 80110705 de Bogotá LM.83041351589 DM.52**

El graduando cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos, legales y reglamentarios exigidos por la Facultad y le otorga, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, el título de: **MÉDICO GENERAL.**

Luego el doctor Jaime Villamizar Lamus, tomó a los graduandos el juramento de rigor, concebido en los siguientes términos: JURAÍS ANTE DIOS Y LA PATRIA OBEDECER LA CONSTITUCIÓN Y LAS LEYES DE LA REPÚBLICA, PROFESAR AMOR, RESPETO Y ÉTICA A LA PRÁCTICA DE VUESTRA PROFESIÓN, ENALTECIENDO POR SIEMPRE SU NOMBRE Y EL DE TODOS VUESTROS COLEGAS PARA SER EJEMPLO DE HONESTIDAD, LEALTAD Y VOLUNTAD DE SERVICIO A LA SOCIEDAD COLOMBIANA? Los graduandos contestaron afirmativamente. SI ASÍ LO HICIEREÍS, DIOS Y LA PATRIA OS LO PREMIE, SI NO ÉL Y ELLA OS LO DEMANDE.

Acto seguido, se procedió a la nominación de graduandos y a la entrega de los diplomas y actas de grado correspondientes. A continuación se efectuó la entrega de premios y la exaltación de algunos graduandos que fueron objeto de distinciones especiales. Estuvieron presentes en la solemne ceremonia las personalidades del Alma Mater, encabezadas por el doctor Jaime Villamizar Lamus, Rector: los Señores Decanos y Profesores del Claustro Sanmartiniano de la Sede de Bogotá.

Finalmente, el Secretario General, leyó el Acta de Graduación correspondiente, y el Señor Rector, dio por terminada la ceremonia, siendo las 12:00 m. Para constancia se firma la presente Acta, en la ciudad de Bogotá, D.C., a los veintiún (21) días del mes de Junio del año dos mil seis (2.006).

**JAIME VILLAMIZAR LAMUS** (Fdo.)
Rector

**JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN** (Fdo.)
Secretario General

Es fiel copia tomada del original en lo pertinente. Se deja constancia que el diploma se encuentra registrado bajo el número **010632** anotado al folio número 114 del libro número 02 de fecha veintiuno (21) de Junio del año dos mil seis (2.006). Se expide en la ciudad de Bogotá, D.C., a los veintiún (21) días del mes de Junio del año dos mil seis (2.006).

**JOSÉ RICARDO CABALLERO CALDERÓN**
Secretario General

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.110.705
RUSSI LOZANO

APELLIDOS
JORGE ANDRES

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-ABR-1983

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

27-JUN-2001 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00358291-M-0080110705-20120127 0029070888A 1 1521683438

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

**LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

**HACE CONSTAR QUE:**

De acuerdo con la información que se encuentra en la oficina de contratación OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, el señor **JORGE ANDRES RUSSI LOZANO**, identificado con CC. Nº 80.110.705, presta sus servicios de manera personal y autónoma en esta entidad, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

| | | |
|---|---|---|
| AS 1449 2015 | del | 16 al 30 de abril de2015 |
| AS 1512 2015 | del | 05 de mayo al 31 de agosto de 2015 |
| AS 2385 2015 | del | 07 de septiembre al 31 de octubre de 2015 |
| AS 3254 2015 | del | 06 al 30 de noviembre de 2015 |
| AS 4110 2015 | del | 01 al 31 de diciembre de 2016 |
| AS 0488 2016 | del | 01 de enero al 31 de agosto de 2016. TERMINACION DE CONTRATO |
| AS 0977 2016 | del | 04 de febrero al 30 de junio de 2016 |
| AS 1661 2016 | del | 01 de julio de 2016 al 09 de enero de 2017 |
| PS-1064-2017 | del | 10 de enero al 15 de diciembre de 2017 |

Con orden de prestación de servicios vigente PS-1064-2017, plazo de ejecución del 10 de enero al 15 de diciembre de 2017, honorarios promedio mensuales ($16.986.667).

**OBJETO DEL CONTRATO:**
PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES Y PROFESIONAL, EN SU CONDICIÓN DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**OBLIGACIONES ESPECIFICAS:**
1. Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su especialidad. 2. Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. 3. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica. 4. Participar en la programación de actividades del área. 5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 6. Realizar resúmenes de historia clínica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera. 7. Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 8. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente. 9. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 10. Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada. 11. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación. 12. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. 13. Emitir conceptos médicos que se le requieran. 14. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente. 15. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. 16. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 17. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos. 18. Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 19. Participar en la elaboración

y actualización de los manuales de normas procedimientos y protocolos asistenciales del área. 20. Instruir a la comunidad sobre la prevención de las enfermedades propias de su especialidad. 21. Mantener la reserva de la información. 22. Informar al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones. 23. Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio. 24. Desarrollar actividades de docencia de servicio en la revista médica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio para el desarrollo y formación del recurso humano en salud si aplica. 25. Desarrollar las actividades de supervisión de los contratos cuando estas sean asignadas.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los 05 días del mes de diciembre de 2017.

Para mayor información favor comunicarse a la línea telefónica 2880519 o dirigirse a la Carrera5 No. 33 A-45, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

**BLANCA FLOREZ RODRIGUEZ**
**Directora Contratación**
**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

*Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.*

Revisó: Daniela Rodríguez Goyes- Asesora Dirección Contratación OPS
Proyecto: Adonay Neira Joiro-Apoyo Administrativo OPS

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD — Hospital Centro Oriente, Subred Centro Oriente E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE | | |
|---|---|---|---|
| **Formato:** Compromiso de actualización y entrega de documentos | **Código** | **Macroproceso:** Estratégico<br>**Proceso:** Gerencia de Talento Humano | **Página:** 1 de 1<br>**Versión:**<br>**Fecha:** |

Bogotá, D.C, 17 (día) de Diciembre (mes) de 2018 (año)

Yo Jorge Andres Russi Lozano identificado/a con CC. No. 80110705, me comprometo a actualizar y entregar a la oficina de Talento Humano el (los) documento(s): certificado Etica Medica, para que pueda(n) ser adjuntado(s) como soporte de mi hoja de vida, con fecha máxima 15/01/2019.

Estoy informado/a que el pago del mes inmediatamente posterior a la fecha límite, está sujeto al cumplimiento del presente compromiso.

Cordialmente,

Firma:

Correo de contacto: andresruss@hotmail.com

Dirección de contacto: cra 94a 63-92 T1 Apto 107

Teléfono: 3103360512

# LA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN

Personería Jurídica Resolución 12387 de Agosto 18 de 1981 M.E.N.

TENIENDO EN CUENTA QUE

**Jorge Andrés Russi Lozano**

IDENTIFICADO(A) CON LA C.C No. 80.110.705 Bogotá

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS,
LEGALES Y REGLAMENTARIOS EXIGIDOS POR LA

**Facultad de Medicina**

LE OTORGA,
EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL,
EL TITULO DE

**Médico General**

SECRETARIA DE SALUD DE BOYACÁ
Resolución No. 0588
Fecha 02 ABR 2007
FIRMA: Secretaria

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y REFRENDAMOS ESTE DIPLOMA, CON EL SELLO MAYOR DE LA FUNDACION
EN BOGOTA, D.C., A LOS Veintiuno ( 21 ) DIAS DEL MES DE Junio DE dos mil seis (2006)

RECTOR

DECANO

SECRETARIO GENERAL

Registro No. 010622
Acta de Registro Folio No. 114 Libro 02
Día 21 Mes Junio Año 2006
Acuerdo 022 Octubre 19/93 del Plenum
SECRETARIA GENERAL

Nº 8912

Jorge Andrés Russi lozano

Nit. 900.067.0873

# ALEANDES Y CIA LTDA

## IPS Salud Ocupacional

## Examen Médico Ocupacional

PARTICULARES



Fecha: 2016-12-05 Hora: 15:46:29

Cargo a ocupar MEDICO INTERNISTA

Tipo exámen: Ingreso. -

### Datos Generales

| | | | |
|---|---|---|---|
| Identificación | 80110705 | Nombre | JORGE ANDRES RUSSI |
| Fecha nacimiento | 1983-04-13 | Edad | 33 |
| Estado civil | soltero | Sexo | Masculino |
| Estudios | Especialización completo | Direccion | CRA 74 A N 63 92 |

### Datos laborales

| | | | |
|---|---|---|---|
| Empresa | PARTICULARES | Empresa en misión | PARTICULARES |
| Eps | Sanitas | Arl | COLPATRIA |
| Fondo de Pensiones | PORVENIR | Antigüedad en la empresa | 0 |

### Exámenes paraclínico

| | | | |
|---|---|---|---|
| Audiometría | No aplica | Visiometría | No aplica |
| Espirometría | No aplica | Optometría | No aplica |
| Laboratorio Clínico | No aplica | | |
| | No aplica | | |

### Concepto Médico

Apto para desempeñar el cargo

### Recomendaciones

- Higiene postural
- Uso de elementos de proteccion personal indicado para el cargo
- Pausas activas
- Uso de correccion optometrica permanente
- Consulta optometrica: control anual
- Incluir en el programa de vigilancia epidemiologica en: R, Biologico, ergonomico

### Observaciones

ninguna

Médico

Luisa Granados
Salud Ocupacional
RM 60250853 Lic SO 08-01-173

Trabajador

JORGE ANDRES RUSSI
CC: 80110705

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: 17-dic-2018

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| RUSSI | LOZANO | JORGE ANDRES |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80110705

*SEXO*: F ( ) M (X)

*NACIONALIDAD*: COL (X) EXTRANJERO ( )

*LIBRETA MILITAR*: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 830413515189 D.M 51

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 13 MES ABR AÑO 1983

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

CARRERA 74A 63 92 T1 AP107

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3103360512

EMAIL andresrussi@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 BASICA* | | | | | | | | | | | *TITULO* BACHILLER |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| *1°.* | *2°.* | *3°.* | *4°.* | *5°.* | *6°.* | *7°.* | *8°.* | *9°.* | *10°.* | *11°.* | MES NOVIEMBRE AÑO 1999 |
| | | | | | | | | | | X | |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)***

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

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

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

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

| *MODALIDAD ACADÉMICA* | *No. SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO SI* | *GRADUADO NO* | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO* | *TEMINACIÓN MES* | *TEMINACIÓN AÑO* | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ES | 3 | X | | ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA | 6 | 2012 | |
| ES | 6 | X | | ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA | 1 | 2011 | 15589/2007 |
| UN | 12 | X | | MEDICO GENERAL | 6 | 2006 | 15589/2007 |

***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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-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*: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE | *PÚBLICA*: X | *PRIVADA*: | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co | |
| *TELÉFONOS*: 3444 484 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 16 MES 4 AÑO 2015 | *FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO | |
| *CARGO O CONTRATO*: MEDICO INTERNISTA DE URGENCIAS | *DEPENDENCIA*: URGENCIAS HOSPITAL SANTA CLARA | *DIRECCIÓN*: Diagonal 34 Nº 5 - 43 | |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: INSTITUTO CORAZON BUCARAMANGA SEDE BOGOTA | *PÚBLICA*: | *PRIVADA*: X | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: | |
| *TELÉFONOS*: 7430972 | *FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 3 AÑO 2011 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 18 MES 8 AÑO 2016 | |
| *CARGO O CONTRATO*: MEDICO INTERNISTA UCI | *DEPENDENCIA*: UNIDAD CUIDADO INTENSIVO | *DIRECCIÓN*: AV CARACAS 34 47 | |

## 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 | 3 | 8 |
| PRIVADO | 5 | 5 |
| PARTICULAR | 0 | 0 |
| TOTAL | 7 | 9 |

## 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 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, CON VERACES. (ARTÍCULO 5 DE LA LEY 190/95)

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: 17-dic-2018

*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*

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
EJERCITO NACIONAL
Tarjeta de Reservista Primera Clase

8304135158 9

PERTENECE A LA RESERVA DE:

| 1A. LINEA | 2A. LINEA | 3A. LINEA |
|---|---|---|
| 31 - DIC. | 31 - DIC. 2012 | 31 - DIC. 2022 |

APELLIDOS Y NOMBRES

**RUSSI LOZANO**

**JORGE ANDRES**

UM **CMSUC** ESP: MIL **FUSILERO**

PROFESION: BACHILLER



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 09:55:02 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80110705**
Apellidos y Nombres: **RUSSI LOZANO JORGE ANDRES**

**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.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS**
**REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**



**CONTRIBUYENTE** NIT 80110705-7 JORGE ANDRES RUSSI LOZANO

**Información General**

*Dirección* KR 63 A BIS 70 C 75 IN 1 AP 204

*Teléfonos* 2241336-3103360512

*Dirección electrónica* andresrussi@hotmail.com

*Fax* 0

**Información de Registro**

*Fecha Inscripción* 27/12/2012

*Soporte Inscripción* 8077498

*Fecha Inicio Actividades* 07/04/2008

*Fecha Cese Actividades*

*Fecha de Informe del Cese*

*# Establecimientos:* 0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Jurídica* PERSONA NATURAL

*Régimen Tributario* REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

*Fecha Inicio Financiera:*

Código de Verificación de Información: 16000669685

***Fuente ICA TE TOCA***

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto 13 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14299725618

(415)7707212489984(8020) 000001429972561 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8011070705 — 7

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 32

14. Buzón electrónico

## IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 13

26. Número de identificación: 80110705

27. Fecha expedición: 20010627

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 169

29. Departamento: Bogotá D.C. 11

30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido: RUSSI

32. Segundo apellido: LOZANO

33. Primer nombre: JORGE

34. Otros nombres: ANDRES

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

## UBICACION

38. País: COLOMBIA 169

39. Departamento: Bogotá D.C. 11

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CL 63 A BIS 70 C 75 IN 1 AP 204 BRR LA CABAÑA

42. Correo electrónico: andresrussi@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1: 2241336

45. Teléfono 2: 3103360512

## CLASIFICACION

### Actividad económica

Actividad principal

46. Código: 8621

47. Fecha inicio actividad: 20080407

Actividad secundaria

48. Código: 7490

49. Fecha inicio actividad: 20080407

Otras actividades

50. Código: 1 2

### Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 2 2 2 5

# 12- Ventas régimen simplificado

### Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI NO X

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 20140710

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

984. Nombre: MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA
985. Cargo: Gestor II

Fecha generación documento PDF: 15-03-2016 05:19:23PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACIÓN UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden

15 589/ 2007 Registro No.

Profesión u Ocupación

MEDICO

Nombres y Apellidos

JORGE ANDRES RUSSI LOZANO

C.C. o C.E. De

C 80110705 BOGOTA

Institución de Educación Ciudad

F UN SAN MARTIN BOGOTA

Código 589/01 Fecha de Expedición 27/08/08

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



**Consérvelo**

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó 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: | Jaga Andrés |
| Apellidos | Russi Lozano. |
| Documento de Identidad: | CC [X] TI [ ] PASAPORTE [ ] No. 80110705. |
| Fecha de Nacimiento: | Día: 13 Mes: 01 Año: 1983 |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | E.S.E. CENTRO DE SALU... MANUEL ELKIN PATARROYO | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 10-12-04 | | |
| | 2 | 12-01-05 | | |
| | 3 | 16-02-05 | | |

| Biológico | Fecha | Fabricante y Lote | Validez | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | 20-09-06 | | 10 años | E.S.E. CENTRO DE SALU... MANUEL ELKIN PATARROYO |
| | | | | |
| Contra Influenza | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Otras | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

# Cruz Roja Colombiana

**Seccional Cundinamarca y Bogotá. D.C.**

**S.A.M.U.**

Teléfono: 746 0909 Ext. 400 y 405 Bogotá
www.cruzrojabogota.org.co

193837

# CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

**NOMBRE:** Jorge Andres Russi Lozano

**FECHA DE NACIMIENTO:** 13 Abril-83 **SEXO:** M.

**TELÉFONO:** _____

Sv004

| VACUNAS | | FECHA | FIRMA |
|---|---|---|---|
| POLIO | 1a. Dosis | | |
| | 2a. Dosis | | |
| | 3a. Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| | Refuerzo | | |
| D.P.T. | 1a. Dosis | | |
| | 2a. Dosis | | |
| | 3a. Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| | Refuerzo | | |
| 9 m | Sarampión | | |
| TRIVIRAL | Paperas | | |
| | Rubeola | | |
| | Sarampión | | |
| | Refuerzo | | |
| HAEMOPHILUS INFLUENZAE | 1a. Dosis | | |
| | 2a. Dosis | | |
| | 3a. Dosis | | |
| | Refuerzo | | |
| ANTI HEPATITIS "B" | 1a. Dosis | 16 ENE 201 | |
| | 2a. Dosis | | |
| | 3a. Dosis | | |
| | Refuerzo | | |

CRUZ ROJA COLOMBIANA