Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 1:24:28
William Danilo Be...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio → Menú → **Administración de contratos**

Id de página:: 23000629 Ayuda

Volver | Últimas modificaciones | Todos | Seleccione

Buscar contrato

Buscar | (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la c
169847	PS 1046 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	10/01/2018 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	3 días de tiempo transcurrido *(15/12/2018 11:59:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	William Danilo Benavides Guerrero	42.762

OPCIONES

VER

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

HERRAMIENTAS

© 2014 Vortal Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

JOTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 17-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
BENAVIDES	GUERRERO	WILLIAM DANILO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1022933960

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 87041866142 D.M 2

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 18 MES ABR AÑO 1987

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

TV 70 D BIS A#68 - 75 TORRE 1 APT 409

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5105560

EMAIL wibenavides2@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO CIENCIAS
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRÁDO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 2011
										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
UN	8	X		ENFERMERO (A)	2	2011	29076E

Scanned by CamScanner

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 SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3725610	*FECHA DE INGRESO*: DIA 18 MES 4 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERO	*DEPENDENCIA*: ENFERMERIA	*DIRECCIÓN*: DIAG 39 SUR / 3 - 20 ESTE	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL DE LA VICTORIA E.S.E	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3725610	*FECHA DE INGRESO*: DIA 27 MES 7 AÑO 2015	*FECHA DE RETIRO*: DIA 17 MES 4 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERO	*DEPENDENCIA*: ENFERMERIA	*DIRECCIÓN*: DIAGONAL 39 SUR / 3- 20 ESTE	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CORPORACION IPS SALUD COOP	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: CORPCUNDI@SALUDCOOP.COOP	
TELÉFONOS: 6539000	*FECHA DE INGRESO*: DIA 18 MES 5 AÑO 2012	*FECHA DE RETIRO*: DIA 14 MES 11 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERO	*DEPENDENCIA*: URGENCIA	*DIRECCIÓN*: AV 68 No. 17 43 SUR	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	3	4
PRIVADO	2	5

Scanned by CamScanner

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 17-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	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Bogotá 18/12/2018
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

Scanned by CamScanner

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

Última Actualización: 18-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, WILLIAM DANILO BENAVIDES GUERRERO
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1022933960 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección TV 70 D BIS A#68 - 75 TORRE 1 APT 409 **Teléfonos** 3222165254 5105560

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ABELARDO BENAVIDES	19212626	PADRE
DORIS GUERRERO	52626504	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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 33.600.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 33.600.000,00

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
DAVIVIENDA	AHORROS	004870438811	TUNAL	$ 1,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
FINCA RAIZ	APARTAMENTO	$ 84.000.000,00
VEHICULO	MOTO	$ 18.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

Scanned by CamScanner

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: 18-dic-2018

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 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. 18-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

Duplicado
DECRETO 180 DE 1981

La República de Colombia
y en su nombre el:

Colegio INEM Santiago Pérez
Institución Educativa Distrital

(Antes Instituto Nacional de Educación Media Diversificada
INEM Santiago Pérez)

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional según Resolución No. 3190 del 9 de Abril de 1984;
y Aprobado según Resolución No. 2388 del 14 de Agosto de 2002 de la Secretaria de Educación de Bogotá.

Confiere a:

William Danilo Benavides Guerrero

Identificado con C.C. 1.022933960 de Bogotá D.C.

El Título de

Bachiller Académico
Énfasis Ciencias Naturales

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

Liney Constanza Rojas Pacanchique
Rectora

Gilma Cecilia Moreno Moreno
Secretaria

Anotado al folio No. 044 Libro de Registro No. 03

Fecha de Grado: 05 de Diciembre de 2003

Dado en Bogotá, D.C. A 13 días de Junio de 2013

No requiere registro, según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.

Scanned by CamScanner

República de Colombia

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

UNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

teniendo en cuenta que:

William Danilo Benavides Guerrero

C.C. No. 1.022.933.960 de Bogotá D.C.

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

Enfermero

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

Bogotá, D.C. 4 de febrero de 2011

Rector

Secretaria General

Director

Scanned by CamScanner

Acta Individual de Grado
Institución Educativa Distrital
INEM Santiago Pérez

Carrera 24 No. 49-86 Sur
Bogotá, D.C.

ICFES: 026682
DANE:111001019411
NIT: 8300174428

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 5 días del mes de diciembre del año 2003, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, las suscritas Rectora y Secretaria en la Rectoría de la

Institución Educativa Distrital INEM Santiago Pérez

Institución aprobada en el nivel de Educación Media por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., según Resolución No. 2388 del 14 de agosto de 2002 para otorgar el Título de

BACHILLER ACADÉMICO
con énfasis en Ciencias

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Título de

Bachiller Académico
con énfasis en Ciencias

al graduando cuyos nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación

William Danilo Benavides Guerrero

Identificado con T.I. No. 870418-66142 de Santafé de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta General No. 046 de fecha 5 de diciembre de 2003, que consta de (570) alumnos, que comienza con el nombre de
ABELLA MAHECHA LUIS FERNANDO
y se cierra con el nombre de
ZULUAGA VANEGAS LUZ MARINA

Firmada y sellada por ROSA DELIA GÓMEZ GARZÓN (Rectora) y GILMA CECILIA MORENO MORENO (Secretaria)

En Bogotá, D.C., a los 5 días del mes de diciembre de 2003.

Firmada y Sellada

ROSA DELIA GÓMEZ GARZÓN
C.C. No. 41.761.917 de Bogotá
Rectora

GILMA CECILIA MORENO MORENO
C.C. No. 20.659.557 de Gutiérrez, Cund.
Secretaria

Scanned by CamScanner

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA
Personería Jurídica Res. 22715 Mineducación Dic. 9-83

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

ACTA DE GRADO 513

En Bogotá D.C., el 4 de febrero de 2011, a las 16:00 horas convocados por Resolución 001 del 27 de enero del citado año, se reunieron el Rector doctor Fernando Laverde Morales, la Decana del Programa de Enfermería, doctora María Liliana Buenahora Tobar y la Secretaria General de la Fundación, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **WILLIAM DANILO BENAVIDES GUERRERO** con cédula de ciudadanía número 1022933960 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 de los diplomas, se tomó el juramento de rigor al graduando quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera, de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de Registro de títulos Tomo 5, Folio 185, número 25397.

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector
MARÍA LILIANA BUENAHORA TOBAR, Decana del Programa de Enfermería
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General.

Dada en Bogotá D.C., el 4 de febrero de 2011.

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA SECRETARIA GENERAL

MARIA JETZABEL HERRAN DUARTE
Secretario General

Scanned by CamScanner

integral

Porque lo nuestro es servir con calidad

MEINTEGRAL S.A. UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL, PEDIÁTRICA Y DE ADULTOS.

certifica que

WILLIAM DANILO BENAVIDEZ GUERRERO

CC. 1.022.933.960

Realizo y aprobó el Taller de Reanimación pediátrica - PALS (Pediatric Advance Life Support), realizado en el Líbano Tolima con una intensidad de 8 horas

Dilmer Guzman Y

Dr. Melquicedec Vargas Sandoval
Int. Pediátrico

Dr. Carlos Alberto Saldarriaga
Cardiólogo pediatra

MEINTEGRAL S.A.
NIT 900181499 2
GERENTE
AGENCIA LIBANO

Sandra Milena Parra Morales
Gerente sucursal Líbano

Congreso
manejo primario
del paciente crítico

Marzo 25, 26 y 27 de 2011

Un adecuado Manejo Primario del Paciente Critico.

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

Hace constar que:

WILLIAM DANILO BENAVIDES GUERRERO

C.C. 1022933960

Participo en la capacitación:

PROCEDIMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA TRANSFUSION

Que incluyo las siguientes actividades: Generalidades del servicio transfusional, solicitud de hemocomponentes: pruebas cruzadas y reservas, diligenciamientos formularios de transfusión, diligenciamiento lista de chequeo pretransfusión, devolución de hemocomponentes transfundidos al servicio transfusional, protocolo reacción transfusional, transporte de hemocomponentes, registro historia clínica, administración de hemocomponentes, hemovigilancia, buenas prácticas en medicina transfusional en neonatos, pediatría y maternas

Intensidad dos (2) horas

Esta certificación se firma a los 4 (cuatro) días del mes de octubre de 2018.

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

NUBIA INES VARELA MORATO
Referente Laboratorio Clínico, Toxicologia y Servicio Transfusional

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

NUBIA INES VARELA MORATO
Referente Laboratorio Clínico, Toxicologia y Servicio Transfusional

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

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

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

LABORATORIO CLINICO, TOXICOLOGIA Y SERVICIO TRANSFUSIONAL

Hace constar que:

WILLIAM DANILO BENAVIDES GUERRERO

C.C 1022933960

Participo en la capacitación-taller en:

TOMA DE MUESTRA

Que incluyo las siguientes actividades: normatividad, técnica toma de muestra sanguínea, microbiológica y servicio transfusional, contenedor, orden de llenado y cantidad, marcación de muestras, diligenciamiento orden, causas de no aceptación de muestras, puntos de control en la toma de muestra.

Intensidad dos (2) horas.

Esta certificación se firma a los 3 (tres) días del mes de diciembre de 2018.

NUBIA INES VARELA MORATO
Referente laboratorio clínico
Toxicología y servicio transfusional

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C.

Señores:

Fundación Universitaria de Área Andina

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, William David Alvarado Guerrero 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

No. de documento: 1022933860

Tarjeta profesional No: 29076

Dirección de contacto: TV 70D BIS A #68-75 Sur.

Teléfono: 3222165254.

Scanned by CamScanner

CORPORACIÓN IPS
SALUDCOOP

LA GERENCIA NACIONAL DE TALENTO HUMANO
CORPORACION IPS SALUCOOP

CERTIFICA:

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de Nomina Kactus, el(la) Sr(a) ***WILLIAM DANILO BENAVIDES GUERRERO****, identificado con cédula de ciudadanía Número* ***1´022.933.960****, laboró en la entidad desde el 18 de Mayo de 2.012. hasta el 14 de Noviembre de 2.014 , desempeñando el cargo de* ***ENFERMERO JEFE****, mediante contrato de trabajo a término indefinido y una asignación básica mensual de* ***UN MILLON OCHOCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS M/CTE.****(****$ 1´877.900.oo****)*. .

Para constancia, se expide la presente a los 21 días del mes de noviembre de 2014.

El contenido de la presente certificación puede ser confirmada al número 317-4344745 o al número pbx: 7957155 ext.1712.

DIRECCIÓN NACIONAL DE NÓMINA
CORPORACIÓN IPS SALUDCOOP

RICARDO MEDINA SALCEDO
Director Nacional de Nómina
Corporacion ips Saludcoop

Elaboró: Carlos Diaz

Scanned by CamScanner

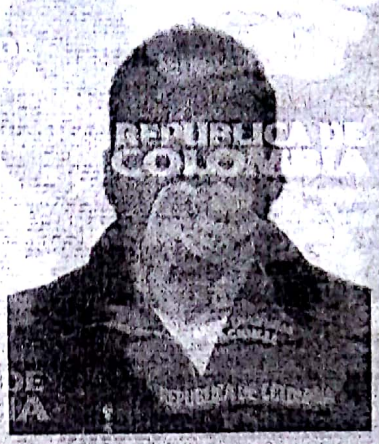
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.933.960**
BENAVIDES GUERRERO

APELLIDOS
WILLIAM DANILO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **18-ABR-1987**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

07-JUN-2005 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00486505-M-1022933960-20131004 0035291443A 1 1302571604

Scanned by CamScanner

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14307922187

(415)7707212489984(8020) 000001430792218 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 2 9 3 3 9 6 0	0	Impuestos de Bogotá (3 2)	

IDENTIFICACION

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

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BENAVIDES	GUERRERO	WILLIAM	DANILO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: TV 14 BIS B 43 27 SUR BRR SAN JORGE

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
w_db_g18@hotmail.com		3 2 0 3 2 5 9 8 1 3	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 5 1 2 2 0	8 6 9 9	2 0 0 5 1 2 2 0			2 2 2 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ]

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2 0 1 4 0 8 1 4

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: MIRANDA ARGUMEDO CARLOS IGNACIO

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 24-11-2017 02:50:42AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 11-11-2015
Hora: 7:35:12 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1022933960-0 WILLIAM DANILO BENAVIDES GUERRERO

Información General

Dirección TV 14 BIS 43 27 SUR

Teléfonos 2791395-3203259813
Dirección electrónica w_bd_gl8@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 26/03/2012
Soporte Inscripción 14162287
Fecha Inicio Actividades 20/12/2005
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (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 SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 15000240370

BOGOTÁ HUMANA

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

Fuente ICA TE TOCA

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

87041866142

BENAVIDES GUERRERO
WILLIAM DANILO

PERTENECE AL EJERCITO DE:

1A. LINEA 2012 31 DIC.
2A. LINEA 2027 31 DIC.
3A. LINEA 2037 31 DIC.

PROFESION BACHILLER

22-MAY-2004



Scanned by CamScanner

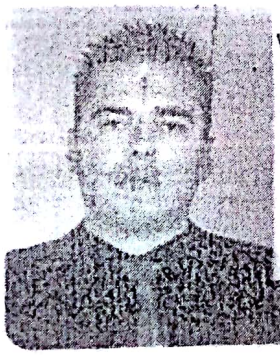
REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



REGISTRADO
NOMBRE WILLIAM D. BENAVIDES GUERRERO
C.C. 1.022.933.960 BOGOTA
UNIVERSIDAD FUND. UNIV. DEL AREA ANDINA
RUN No. 29076
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)
EXPEDIDO 30/AGO/2011 FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 30/AGO/2021

GOBERNACION DEL TOLIMA

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL



WILLIAM DANILO BENAVIDES GUERRERC
1022933960
REGISTRO Nº 1388 01/04/2011
Inscripción 6832/2011-25 1388/2011
ENFERMERO

Scanned by CamScanner

No. 29309

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C

RESOLUCION No 29076 de AGOSTO 30 DE 2011
Por la cual se expide el Registro Único Profesional de Enfermería

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, en uso de las facultades que le confiere el Capítulo V, artículos 13,14 y 15 de la Ley 266 de 1996,

CONSIDERANDO

A) Que, WILLIAM DANILO BENAVIDES GUERRERO Identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 1.022.933.960, expedida en BOGOTA, ha solicitado a esta Asociación se le expida su Registro Único Nacional para ejercer la profesión de enfermería en Colombia y su inscripción como Enfermera(o) Registrada(o).

B) La (El) peticionaria (o) presentó: fotocopia de la cédula de ciudadanía, original del recibo de pago de los derechos de la expedición del Registro y Tarjeta Profesional, fotocopia del título otorgado por la UNIVERSIDAD FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA de BOGOTA, expedido el 04 del mes FEBRERO de 2011, con lo cual se reúnen los requisitos legales para otorgarle el Registro Único Nacional.

C) LA ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA ANEC, en uso de las atribuciones que le concede la Ley 266 de 1996, en especial el artículo 14, de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada, según acta número 448 del 30 de AGOSTO de 2.011.

RESUELVE

Artículo Único. Reconocer como en efecto se hace con el presente acto, la calidad de Enfermera(o) a WILLIAM DANILO BENAVIDES GUERRERO, al tenor de los artículos 13 y 14 de la Ley 266 de 1996, otorgar el Registro como Profesional de Enfermería No 29076, su Inscripción en el libro correspondiente y expedir la Tarjeta Profesional que acredita la calidad de la Enfermera (o).

Parágrafo: La documentación aportada por el solicitante, en el caso de no ser consistente con la realidad, el Registro y la Tarjeta aquí promulgados, serán anulados oficiosamente, sin perjuicio de las acciones judiciales pertinentes.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en la oficina de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, a los 30 días del mes de AGOSTO de 2011 en Bogotá, D.C.

BEATRIZ CARVALLO SUAREZ
Registradora Nacional ANEC

Scanned by CamScanner

Departamento de
CUNDINAMARCA

RESOLUCIÓN No. 25 1388 DE 2011
(01 ABR. 2011)

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

LA SECRETARIA DE SALUD

En uso de la facultad concedida por los Decretos Nos. 3134 de diciembre 20 de 1956, 1875 de agosto 3 de 1994 y 1352 de 2000, El Decreto Ley 205 de 2003 del Ministerio de Salud, Ley 1164 de 2007, y la Resolución 1058 de 2010 del Ministerio de la Protección Social y

CONSIDERANDO

Que **WILLIAM DANILO BENAVIDES GUERRERO,** identificado (a) con cédula de ciudadanía **No. 1,022,933,960 DE BOGOTA D.C.,** ha solicitado autorización del ejercicio profesional como **ENFERMERO, TITULO** que le Otorgó **LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA EN BOGOTA D.C., según ACTA DE GRADO 513 de fecha 04 DE FEBRERO DE 2011.**

Que dicho título se encuentra debidamente registrado **AL FOLIO 185 TOMO 5 REGISTRO 25397** de fecha **04 DE FEBRERO DE 2011** en **LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA EN BOGOTA D.C.**

Que el Consejo Nacional Coordinador del Servicio Social Obligatorio, mediante resolución No. 00005462 del 24 de diciembre de 2010, "Por el cual se toman medidas para la provisión de plazas del servicio social obligatorio para profesionales en **Medicina, Odontología, Enfermería y Bacteriología,** con el fin de atender a la población afectada por la emergencia invernal y se fijan criterios para un sorteo de plazas de Servicio Social Obligatorio.

Que el Sorteo se llevó a cabo en las Instalaciones del Ministerio de La Protección Social, el 18 de febrero de 2011, a las 02:30 p.m.

Que **WILLIAM DANILO BENAVIDES GUERRERO,** participó en el Sorteo antes indicado y **NO** salió favorecido (a), en la adjudicación de Plaza para el Servicio Social Obligatorio, por consiguiente procede a autorizar el ejercicio de su Profesión.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a **WILLIAM DANILO BENAVIDES GUERRERO,** identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No. 1,022,933,960 DE BOGOTA D.C.;** para ejercer la profesión como **ENFERMERO,** en el Territorio Nacional, autorización que tiene los efectos de inscripción para laborar en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autoriza el título o certificado, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 01 ABR. 2011

ZORAYA LOPEZ DIAZ
Secretaria de Salud

Vo.Bo. DR. CARLOS ARTURO HURTADO MEDINA
Oficina Asesora de Asuntos Jurídicos

Vo.Bo. DR. GONZALO GUSTAVO LEAL PAEZ
Dirección Desarrollo de Servicios

Proyectó: Edgar Cruz
29/3/2011

CUNDINAMARCA

Scanned by CamScanner

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 * Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación * 1022933960

Primer Nombre * WILLIAM

Primer Apellido * BENAVIDES

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-11→12:25:27 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1022933960	WILLIAM	DANILO	BENAVIDES	GUERRERO	**Ver**

Información Detallada [CC: 1022933960] WILLIAM DANILO BENAVIDES GUERRERO

2018-12-11→12:25:27 AM

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).

Scanned by CamScanner

HACE CONSTAR QUE:

El enfermero **WILLIAM DANILO BENAVIDES GUERRERO** identificado con la cédula de ciudadanía número 1.022.933.960, 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 catorce (14) días del mes de diciembre del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Scanned by CamScanner

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ANDRADE NARVAEZ

90302557

Nombre	**BENAVIDES GUERRERO WILLIAM DANILO**		
Identificacion	CC 1022933960	Tel.	3222165254-
Edad	31 Años 4 Meses 16 Dias	Sexo	M
Medico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	8278418		

Fecha de recepcion:	03-sep-2018 12:30 pm
Fecha de impresion:	18-sep-2018 8:04 am
Empresa	ANALISIS TECNICOS LTDA
Sede	REFERENCIA
Fecha Validacion	03-sep-2018 3:26:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
[redacted]	MAYOR DE 1000	mUI/ml	

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml
Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml

ALDO FERNEY ANAYA CARREÑO
C.C 1.090.447.383
BACTERIOLOGO

JONATHAN GONZALO OLIVIERI MONCADA
C.C 1.090.515.029
BACTERIOLOGO

Cruz Roja Colombiana
Seccional Cundinamarca y Bogotá, D.C.
S.A.M.U
Teléfono: 428 1111 Ext. 101 y 142 Bogotá
www.cruzrojacundinamarca.org.co

CARNET DE VACUNACION
NACIONAL

NOMBRE Julián Benavides Queiles
FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO M
TELEFONO _____

ESQUEMA ANTIRRABICO

N° DOSIS	N° DIA	FECHA	FIRMA
1a	0		
2a	3		
3a	7		
4a	14		
5a	28		

Tipo de vacuna	
1ª Dosis	
2ª Dosis	
3ª Dosis	
Refuerzo	
Leucoplaquina	
Suero Antiofídico	
Suero Antilábico	
Suero Antirrábico	
Vacuna Sarna Equina	

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
S.R.	Sarampión		LI-26660
TRIVIRAL	Paperas	2 1 1 2 0 0	
	Rubeola	23 ENE 2001	26609
	Sarampión		
	Refuerzo		
RUBEOLA SARAMPION	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "A"	1ª Dosis	2 1 1 2 0 0	
	2ª Dosis	23 ENE 2001	206233
	3ª Dosis		
	Refuerzo		

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1ª Dosis	2 1 1 2 0 0	
	2ª Dosis	23 ENE 2001	26609-2003-1
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
TETANO	1ª Dosis		206233
	2ª Dosis	07 OCT 2001	A 3226
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA			
FIEBRE TIFOIDEA			
Sarampión Rubeola	1ª		
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Rubeola Paperas	1ª		
	Refuerzo		
Rubeola	1ª		
	2ª		
Paperas	1ª		
	2ª		
Sarampión	1ª		
	2ª		

Scanned by CamScanner

GOMEZ ASOCIADOS
SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

Calle 95 nº 46A-18 La Castellana
Tel. (1) 257 2811 - 257 2819
Fax: 616 6051 Bogotá, D.C.
www.gomezasociadosltda.com

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad Bogotá Fecha 18/11/2016

Nombre William Donato Benavides

Identificación 1022933960

Fecha de nacimiento 18/04/89 Edad 27

Cargo Auxiliar Oficios

Género MASCULINO X FEMENINO

Empresa Univ Jorge Tadeo

Empresa usuaria

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO X PERIODICO ___ EGRESO ___ OTRO ___

CONCEPTO

EX. INGRESO APTO X APTO APLAZADO ___ APTO CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ___

EXAMEN PERIODICO SIN RESTRICCIONES ___ CON RESTRICCIONES ___

EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO ___ NO SATISFACTORIO ___

ESTADO INTEGRAL DE SALUD

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Examen Medico Satisfactorio

VISIOMETRÍA

AUDIOMETRÍA

ESPIROMETRÍA

EXAMENES PARACLÍNICOS

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES Higiene postural pausas activas Cuidado y higiene del sistema Osteo y Control de peso

Médico Dr. Camilo Rey Pérez
Medico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
R.M. 14858

Nombre, firma y sello del médico

Registro medico 114388

Licencia en S.O. 14858

Paciente William Benavides

Firma del paciente

Nombre William Benavides

Cedula 1022933960

Scanned by CamScanner

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:

WILLIAM DANILO BENAVIDES GUERRERO

C.C.: 1022933960

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 Andés
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

Centro Oriente E.S.E.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

EL DEPARTAMENTO DE SIMULACIÓN CLÍNICA -
CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN REANIMACIÓN CARDIOCEREBROPULMONAR
AVALADO POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION

CERTIFICA QUE

WILLIAM DANILO BENAVIDES GUERRERO

Asistió al curso de

Reanimación Básica y Avanzada del Adulto BLS – ACLS Proveedor

Con una duración de un (1) crédito académico.

Bogotá D,C ., Julio 19 y 20 de 2017

Dra. Gladys Alfonso Hernández
Directora de curso
Instructor AHA

Dra. Claudia Cifuentes Aya
Coordinadora de curso- Instructor AHA
Universidad El Bosque

Scanned by CamScanner

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

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

FECHA: 14 Dic 18 | CIUDAD: Bogota | DEPARTAMENTO: Bogota. Cundinamarca

Distiguido Cliente. Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN 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
Benavides	Guerrero	William	Mauricio

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	1017933960	Bogota	7 Junio 2005
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
18/04/1997	Bogota	Colombia	Colombiano

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

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
TV 70D Bis A #69-75 Sur	Bogota	Bogota/Cimarca	Colombia	7899929

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
Wi.Benavides29@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. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA									NIT	
	GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒						900959512
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐			
OTRA ☐	CUAL:									

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 34 # 5-43	3448844	Bogotá	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL			FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

Scanned by CamScanner

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

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

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	—	GASTOS FAMILIARES*	800.000	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
HONORARIOS	2800000	ARRIENDOS	—	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	—
ARRIENDOS	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS	—	DEUDA VEHICULOS	—
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	—
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	700.000	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
TOTAL INGRESOS	2800000	TOTAL EGRESOS	1500.000	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
—	—	—	—

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Perez	Rodriguez	Diego	Fernando
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cra 3E #32A 09 Sur	Bogota/Cundinamarca/Colombia	Amigo	3505011970

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Ahorros	004870438811	20 Julio	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

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

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Enfermero

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 dias o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACION 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 requeriria de una autorizacion de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

Scanned by CamScanner

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, telefono 3 44 44 84 y/o cual 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 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 trami 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 alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecucion y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la preven del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salu 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) Envio de informa 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 serv prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Direccion de Impues 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 v 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tien 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 y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan 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 gest de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos prevension 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 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 finalid 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 definicion legal vigente. En consecuencia, no he 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 biometricos 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 Financier 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 responder

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, actuali rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

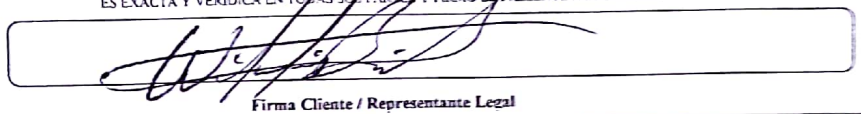
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfi 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 Salud *(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos 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 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.subredcentrocriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION 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:			

Scanned by CamScanner

Coomeva | EPS

NIT - 805000427

CERTIFICADO DE AFILIACION A COOMEVA EPS

(NO VALIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS

USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)

El afiliado WILLIAM DANILO BENAVIDES GUERRERO identificado con CC-1022933960 está vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE CABEZA DE FAMILIA y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse en las línea gratuita: 01 8000 930 779.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el dia Diciembre 11 de 2018.

Cordialmente,

Director Nacional De Operaciones

1022933960

¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

EPS-FT-1143

Cre. Oct/2015

Scanned by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **WILLIAM DANILO BENAVIDES GUERRERO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,022,933,960**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 11 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

Scanned by CamScanner

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

1022933960 — Numero de Documento	Seguros Bolivar — ARL

William — Primer Nombre	Danilo — Segundo Nombre	Benavides — Primer Apellido	Guerrero — Segundo Apellido

18/04/1997 — F. Nacimiento dd/mm/aa	Bogota — Ciudad de Nacimiento	TV 70 BIS A # 68-75 Sur — Dirección de Residencia	7899929. — Teléfono Fijo

Coomeva — EPS - Salud	porvenir — AFP - Pensiones	$ 2.800.000 — Honorarios

Asesor — Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Ws.benavides20@gmail.com — Correo Electrónico	3222165254. — Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119030708

WEB
00:23:17

Bogotá DC, 11 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) WILLIAM DANILO BENAVIDES GUERRERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1022933960:

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.

Scanned by CamScanner

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 martes 11 de diciembre de 2018, a las 00:42:57, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1022933960
Código de Verificación	1022933960181211004257

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

Scanned by CamScanner

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2601438

Bogotá D.C., 11 de Diciembre de 2018 - 0:21 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) **WILLIAM DANILO BENAVIDES GUERRERO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL VEINTIDOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SESENTA** de BOGOTA DC.

1022933960

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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_WHET_210
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Scanned by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 22:48:12 horas del 10/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1022933960**

Apellidos y Nombres: **BENAVIDES GUERRERO WILLIAM DANILO**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

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

Scanned by CamScanner

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

Bogotá
COLOMBIA

2018/12/11

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor WILIAM DANILO BENEVIDES GUERRERO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1022933960** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO

Número:	**004870438811**
Fecha apertura:	**2015/02/27**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

VIGILADO

Banco Davivienda
NIT. 860.034.31
AH 170-1Rev 4

Scanned by CamScanner