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 TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 06
FECHA: 2018-10-02

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	GESTION HOSPITALARIA	FECHA	17-12-18
NOMBRE DEL CANDIDATO	BRANDON GOMEZ	DOCUMENTO:	1033791785, BOGOTA
TELEFONO	3103052777	ACTIVIDAD SOLICITADA:	AUX CATEHUMENOS

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

	NECESIDAD DE PERSONAL OPS		
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL		
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐	NO ☐

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI ☐	
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI ☑	
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI ☑	
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☑	
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☑	N/A ☐
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI ☑	N/A ☐
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☑	NO ☐
8	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI ☐	N/A ☐
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI ☑	N/A ☐
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI ☐	N/A ☐
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☑	
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIIU _____	SI ☑	
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI ☑	
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☑	N/A ☐
15	TARJETA PROFESIONAL	SI ☐	N/A ☐
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI ☑	N/A ☐
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI ☑	N/A ☐
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI ☐	N/A ☐
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI ☑	N/A ☐
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI ☑	
21	CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa)	SI ☑	N/A ☐
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI ☐	N/A ☐
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGIA (Medico, Enfermera,Bacteriologo,Citoistotecnologo,Histocitotecnologo) Resolución 2003 de 2014	SI ☐	N/A ☐
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI ☑	N/A ☐
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI ☐	N/A ☐
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI ☐	N/A ☐
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI ☐	N/A ☐
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI ☐	N/A ☐
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI ☑	
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: _____	SI ☑	
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____	SI ☑	
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: _____	SI ☑	
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑	
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑	
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑	
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑	
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento y N° de cuenta)	SI ☑	

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V°/B° Responsable Talento Humano		Fecha:	
V°/B° Dirección Talento Humano		Fecha:	

Scanned by CamScanner

Escritorio

Última Actualización

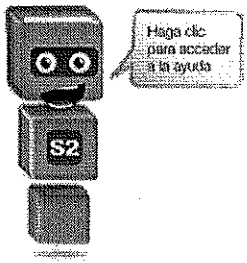
OPORTUNIDADES RECIENTES

No se han encontrado

ÚLTIMAS OFERTAS

No se han encontrado

0	0	0	0
Suscripciones	En edición	Adjudicaciones pendientes	Invitaciones directas



Sugerencias SECOP

Colombia Compra Eficiente no tiene programados a la fecha mantenimientos preventivos al **SECOP II.**

Programe sus actividades en la plataforma con tiempo.



El Servicio de proveedor ya se encuentra disponil
Haga clic aquí para activarlo. Después de activación la disponib del servicio podrá tarc hasta 10 minutos.

Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registro

Mensaje Tod

Sin mensajes...
Más informació

Oportun Rec

Sin oportunidade
Más informació

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: 15-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
gomez	garcia	BRANDON stevens

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1033791785

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 1033791785 D.M PONAL

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 18 MES SEP AÑO 1996

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 51 A 35 -79 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2704580

EMAIL brandongomez2424@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 - TECNICO EN SISTEMAS
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.* X	MES NOVIEMBRE AÑO 2013

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: 15-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERV SALUD CENTRO ORIENTE ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	saludmentalstaclara@subredcentrooriente.gov.

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 5 MES 1 AÑO 2017	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	SALUD MENTAL	Diagonal 34 No. 5 - 43

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	0	10
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	10

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, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento 17-DIC-2018

Brandon Stevens Lopez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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: 15-dic-2018

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: 15-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, BRANDON stevens gomez garcia

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1033791785 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CALLE 51 A 35 -79 SUR **Teléfonos** 3103052777 2704580

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
DIANA MARCELA GARCIA CARRERO	52235301	MADRE
JUAN CAMILO GOMEZ GARCIA	1000858923	HERMANO(A)
PEDRO ANTONIO GOMEZ	79661106	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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 15.246.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 15.246.000,00

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	008480365058	20 DE JULIO	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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: 15-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	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C ◯ C.E ◯ T.I. ◯	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

BOGOTÁ D.C. 15-dic-2018

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

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: 22-ene-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, BRANDON stevens gomez garcia

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1033791785 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CALLE 51 A 35 -79 SUR **Teléfonos** 3103052777 2704580

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
DIANA MARCELA GARCIA CARRERO	52235301	MADRE
JUAN CAMILO GOMEZ GARCIA	1000858923	HERMANO(A)
PEDRO ANTONIO GOMEZ	79661106	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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 15.246.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 15.246.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que posee ○ Sí ⊗

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: 22-ene-2019

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO 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. 22-ene-2019

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia,
la Secretaria de Educación del Distrito
y en su nombre el

Colegio Instituto Técnico Industrial Piloto

Institución Educativa Distrital

Jornada Nocturna

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.,
Según Resolución No 1534 del 15 de Mayo de 2002
Según Resolución No 3394 del 23 de Octubre de 2002

Confiere a:

Brandon Stevens Gómez García

C.C. No. 960918-04465 Bogotá D.C.

El título de

Bachiller Académico

Con Énfasis en Diseño e Informática

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

Bepci Sadira Mina Z.
Bepci Sadira Mina Zapata
Rectora

Elba Jeannette Vargas Parrado
Secretaria

Colegio Instituto Técnico Industrial Piloto
Bogotá D.C.

Registro Interno

Acta No. 055 Folio No. ____

Este diploma fue refrendado por la Secretaría de Educación según Resolución No. 921 del 6 de Mayo de 1994

Dado en Bogotá, D.C. a los 28 días del mes de Noviembre de 2013

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

CONFIERE A:

BRANDON STEVENS GÓMEZ GARCÍA

C.C 1.033.791.785 DE BOGOTÁ D.C

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS

FUSDESA DIRECTOR ACADÉMICO

NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA

SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN "FUSDESA"

PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO

Dado en Bogotá, D.C. a los 19 Días del Mes de Junio de 2015
Anotado en el Folio 14354 Del libro 06 del Registro de FUSDESA.

Acta Individual de Grado

COLEGIO INSTITUTO TÉCNICO INDUSTRIAL PILOTO
INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL

Carrera 35 No. 51 B - 87 Sur - Tel. 270 38 17

Jornada Nocturna

Inscripción S.E.D.: 1676
Dane:111001-11014

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 28 días del mes de Noviembre de 2013 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector (a) y Secretaria en la Rectoría del **COLEGIO INSTITUTO TÉCNICO INDUSTRIAL PILOTO** Institución Educativa Distrital, Jornada Nocturna, Institución aprobada hasta Nueva Visita, en el nivel de Educación Media ciclos I y II, Autorizada por la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica, con énfasis en Ciencias Naturales (Electricidad) y Diseñó e Informática, según Resolución No. 1534 del 15 de mayo de 2002 y Resolución No. 3394 del 23 de Octubre de 2002.

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 Diseño e Informática

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Brandon Stevens Gómez García
T.I. No. 96091804465 de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original general No.058 de fecha 28 de Noviembre de 2013

Firmada y sellada por Bepci Yadira Mina Zapata (Rectora) y
Elba Jeannette Vargas Parrado (secretaria)

Dada en Bogotá D.C., a los 28 días del mes de Noviembre de 2013

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o del Decreto 180 de 1.981.
No Requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994

Bepci Yadira Mina Z.

Bepci Yadira Mina Zapata
C.C. 52.161.992 de Bogotá
Rectora

Elba Jeannette Vargas Parrado
C.C. 51.877.941 de Bogotá
Secretaria

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999
y Licencia Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del programa Acuerdo N° 164 del 18 de Marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial
Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010,
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 033

ACTA INDIVIDUAL N° 14354

En Bogotá D.C. a los 19 días del Mes de Junio del año 2015,
B R A N D O N S T E V E N S G Ó M E Z G A R C Í A
Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 1.033.791.785 De Bogotá D.C
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
AUXILIAR EN ENFERMERÍA, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS.**

Anotado en el Folio 14354 del Libro 06 del Registro de FUSDESA.

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
FUSDESA
DIRECTOR ACADÉMICO

NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION "FUSDESA"

PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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 reposa en la oficina de contratación – OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, el señor **BRANDON STEVENS GÓMEZ** , identificado con cedula de ciudadanía N° 1.033.791.785, presta sus servicios en la USS San Blas, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

Nº Contrato	Fecha inicio	Plazo	Valor
PS-1878-2017	10/01/2017	31/07/2017	$ 10.341.800

OBJETO
PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA 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. Apoyar a la jefe del servicio en la entrega y recibo de turno, 2. Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas, 3. Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes asignados con la periodicidad requerida según orden médica y de la Enfermera, registrando. 4. Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. 5. Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno. 6. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 7. Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el médico tratante según competencia. 8. Apoyar la gestión administrativa para el ingreso y salida del paciente. 9. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantia de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente. 10. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas. 11. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. 12. Notificar los sucesos de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. 13. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos. 14. Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. 15. Dar cumplimiento a las guías y protocolos establecidos por la institución.

Se expide a solicitud de la interesada en Bogotá D.C., el día 26 de julio de 2017
Para mayor información favor comunicarse a la línea telefónica 288 05 19 o dirigirse a la Carrera 5 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 y Aprobó: Daniela Rodríguez Goyes- Asesora Dirección Contratación Ops
Proyecto: Isabel Jiménez – Técnico Administrativo

Diagonal 34 N° 5-43
Código postal: 110311
Tel.: 3444484 www.subredcentrooriente.gov.co
Info: Línea 3649666

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

REMY IPS S.A.S
Tu bienestar!! Nuestro Compromiso
NIT 900589178-5

A QUIEN INTERESE:

Que el señor BRANDON STEVENS GOMEZ GARCIA, identificado con cédula No 1033791785 DE BOGOTÁ D.C., se encuentra vinculada bajo contrato de prestación de servicios profesionales con honorarios aproximados de $1.400.000, desempeñándose como AUXILIAR DE ENFERMERIA desde el 13/04/17 -11/10/17 para **REMY IPS S.A.S.**, identificada con NIT. 900589178-5.

Para constancia se expide a solicitud del interesado a los (18) días del mes de agosto de dos mil diecisiete (2017).

Cordialmente,

JOSE LUIS DEL VALLE DE LA OSSA
Líder De Contratación De Personal
REMY IPS S.A.S.

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: Autorización Consulta Títulos Académicos	Código EGT-FT-656	Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano	Página: 1 de 1 Versión: 02 Fecha: 2016-05-06

Bogotá, D.C

Señores

ESCUELA DE SALUD PUBLICA.

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

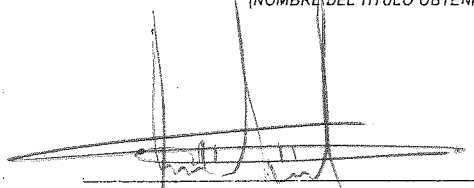
Yo BRANDON STEVENS GOMEZ GARCIA, en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "*todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar*" y de acuerdo con lo establecido por el literal 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE**, sobre la idoneidad de mi título académico como:

TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma: 

No. de documento: 1033797785

Tarjeta profesional No.: 1033797785

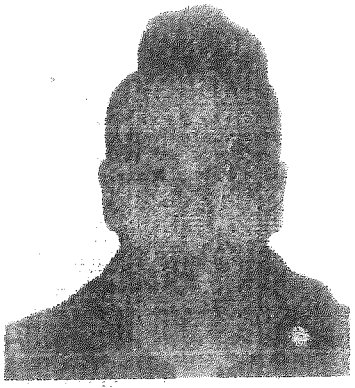
Dirección de contacto: CALLE 51 A # 35- 79 SUR.

Teléfono: 3103052777 - 7704680

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.033.791.785
GOMEZ GARCIA
APELLIDOS
BRANDON STEVENS
NOMBRES

BRANDON GOMEZ G
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 18-SEP-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-SEP-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00637966-M-1033791785-20141111 0040945409A 3 43420242

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14387422824

(415)7707212489984(8020) 000001438742282 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico
1 0 3 3 7 9 1 7 8 5	7	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 3 3 7 9 1 7 8 5	2 0 1 4 0 9 2 5

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
GOMEZ	GARCIA	BRANDON	STEVENS

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

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: CL 51 A 35 79 SUR BRR FATIMA

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
dianaamaxx@hotmail.com		3 1 0 3 0 5 2 7 7 7	2 7 0 4 5 8

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 1 6 0 8 3 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
53. Código:	2 0																	

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ]

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2 0 1 6 0 8 3 1

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

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

984 Nombre: RODRIGUEZ ROBAYO NATALIA DEL PILAR

DOCUMENTO SIN VALIDEZ

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 28-11-2017
Hora: 8:03:44 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1033791785-7 BRANDON STEVENS GOMEZ GARCIA

Información

Dirección CL 51 A 35 79 SUR BRR FATIMA

Teléfonos 2704580/3103052777

Dirección dianaamaxx@hotmail.com

Fax

Información de

Fecha Inscripción 28/11/2017

Soporte Inscripción 23387334

Fecha Inicio Actividades 31/08/2016

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

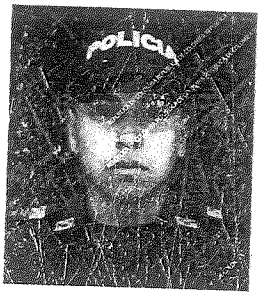
Fecha Inicio

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

FUERZAS MILITARES
POLICIA NACIONAL
TARJETA MILITAR DE PRIMERA CLASE
RESERVISTA DE PRIMERA CLASE



1033791785

NOMBRES: BRANDON STEVENS

APELLIDOS: GOMEZ GARCIA



ESTE DOCUMENTO ES OBLIGATORIO PRESENTARLO PARA TODOS LOS ACTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS DETERMINADOS POR LA LEY 48/93 Y DEMÁS LEYES QUE LO MODIFIQUEN O ADICIONEN.

PERTENECE A LA RESERVA DE:

FECHA DE 1a LÍNEA	FECHA DE 2a LÍNEA	FECHA DE 3a LÍNEA
2016	2026	2036

UNIDAD MILITAR:

FECHA DE EXPEDICIÓN: 14/02/2017

DISTRITO MILITAR: 002

N021377

DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 9829 *de* 24/08/2015

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

Por la cual se autoriza el ejercicio de una ocupación en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) GOMEZ GARCIA BRANDON STEVENS identificado(a) con CC número 1033791785 expedida en BOGOTA D.C. solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION DE SOCORRISTAS " FUSDESA". el día 19/06/2015.

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a GOMEZ GARCIA BRANDON STEVENS identificado(a) con CC número 1033791785 expedida en BOGOTA D.C. para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 24/08/2015

Original Firmado por: Bernardo Camacho Rodríguez

BERNARDO ARMANDO CAMACHO RODRÍGUEZ.
Director de Calidad de Servicios de Salud (E).

Reviso : Daniel Ortiz B.
Elaboro : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C 09/AGOSTO/16
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) BRANDON STEVENS GOMEZ
CC. # 1033,791,785
Firma

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Linea 195

ISO 9001 icontec
NTCGP 1000 icontec

BOGOTÁ HUMANA

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 *

1033791785

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-15→12:16:59 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1033791785	BRANDON	STEVENS	GOMEZ	GARCIA	Ver

Información Detallada [CC: 1033791785] BRANDON STEVENS GOMEZ GARCIA

2018-12-15→12:16:59 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	NO DISPONIBLE	2015/8/24	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	2015/8/24	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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).

Inmunosalud
CENTRO DE VACUNACIÓN S.A.S.
Tania Salud Autorizada Por Secretaría Distrital de Salud
Cód. de Prestador 11-001177398-01/2

PBX: 211 9289

Cel.: 310 237 1397

SEDE PRINCIPAL
Cra. 15 No. 51-14 Piso 2
Bogotá, D.C.

SEDE RESTREPO
Cra. 17 No. 15-46 Sur Local 305
Bogotá, D.C.

inmunosalud@outlook.com

www.inmunosalud.com

Tania Salud
CENTRO DE VACUNACIÓN S.A.S.
Inmunosalud Autorizada Por Secretaría Distrital de Salud
Cód. de Prestador 11-001177398-01/2

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

VIGILADO Supersalud

Consulte su certificado de vacunación en:
www.inmunosalud.com

NIT: 900.174.965-3
CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 1100117779801
CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO 1100117779802

NOMBRES: BRANDON STEVENS CRUZ
DOCUMENTO: 1033791785
TELÉFONO:

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
INFLUENZA	1ra. DOSIS			
VARICELA	1ra. DOSIS			
NEUMOCOCO	1ra. DOSIS			

Scanned by CamScanner

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1 DOSIS	035L 3004	27-02-2014	Immunosalud
	2 DOSIS	1438012	03-04-2014	Immunosalud
	3 DOSIS	035L 3004	13-05-2014	Immunosalud
	4 DOSIS	28 NOV 2017	Lote Vacuna	Alpatelma 23621382
HEPATITIS A	1 DOSIS			
	2 DOSIS			

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1 DOSIS			
	2 DOSIS			
	3 DOSIS			

NOMBRE: BRANDON STEVENS GOMEZ

¡Vacúnate!

SERVICIO EFICIENTE Y EFICAZ

Es protección para tu salud y requisito para tu práctica laboral.

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS			
	2 DOSIS			
T. TETANICO DIFTERICO	1 DOSIS			
	2 DOSIS			
	3 DOSIS			
	4 DOSIS			
	REFUERZO			

Scanned by CamScanner

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
LABORATORIO CLINICO

8218313

Orden No:	**8218313**	Fecha de ingreso:	21-Aug-2018 5:20 pm
Paciente:	**GOMEZ BRANDON**	Fecha de impresion:	30/08/2018
Documento Id:	CC 1033791785	Edad:	22 Años 0 meses 0 dias Sexo M
E.P.S:	HOS-USAQUEN	Telefono:	310305777
Sede:	USAQUEN	Cama:	
Servicio:	CONSULTA EXTERNA.	Procedencia:	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
INFECCIOSAS			
Hepatitis b, anticuerpos s [anti-hbs]	>847.0^Reactive	mIU/mL	

VALORES DE REFERENCIA:

NO REACTIVO: Menor a 10 mIU/mL
REACTIVO: Mayor o Igual a 10 mIU/mL

Firma Responsable

Fecha validación 8/26/2018 4:40:00PM

P. Zuluaga C.
Dra. Pilar Zuluaga
Bacteriologa

Scanned by CamScanner

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264-1

Clinisur IPS Ltda.

Régimen: COMUN Salud Ocupacional

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 04/11/2016 14:34:26

PREOCUPACIONAL O INGRESO [x] POS-OCUPACIONAL O EGRESO [ ] PERIÓDICO [ ]

NOMBRE Y APELLIDO: BRANDON STEVENS GOMEZ GARCIA C.C 1033791785

EDAD 20 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR AUXILIAR DE ENFERMERIA



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	[x]	Exámenes de laboratorio	SI [ ] NO [x]
Visiometría	[ ]	Glic [ ] Col [ ] Trigli [ ] Otros [ ]	
Audiometría	[ ]	Cuales	
Espirometría	[ ]	Radiografías	

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

APTO PARA EL CARGO [x] MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO [ ] MOTIVO

OBSERVACIONES

USO DE EPP, PAUSAS ACTIVAS, CONTROLES POR EPS.

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI [ ] NO [ ] Se sugiere reubicación laboral SI [ ] NO [ ]

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI [ ] NO [ ] Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biometrica

Dr. LUIS FERNANDO MARTINEZ G.
Médico Cirujano
Especialista en Gerencia
En Salud Ocupacional
Lic. S.O 2440/25/02/2014

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Asesorías, Capacitaciones, Actualizaciones y Prestación de Servicios En Salud

« STELLA VITAE S.A.S »

NIT. 901175755-1

Certifica Que :

BRANDON STEVENS GOMEZ GARCIA

IDENTIFICADO (A) CON DOCUMENTO :

C.C Nº 1.033.791.785 DE BOGOTA D.C

Asistio y aprobo el curso

ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de **20** horas realizado del dia **16** al **18** de **NOVIEMBRE** de **2018**

Cursos que siguen los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, art.42,90 y la resolucion 2003 del 28 de mayo de 2014 acreditando 20 horas de educacion continua e informal con una validez de 2 años. Lo anterior se firma en bogota d.c el dia **18** del mes **NOVIEMBRE** del **2018**

Director General
Stella Vitae SAS
Director general

Asesorias, Capacitaciones
Actualizaciones y Prestación
de Servicios en Salud
Stella Vitae SAS
Nit. 901 175 755-1

Stella Vitae SAS
Nit. 901 175 755-1
Instructor
instructor

Scanned by CamScanner

Asesorías, Capacitaciones, Actualizaciones y Prestación de Servicios En Salud

« STELLA VITAE S.A.S »

NIT. 901175755-1

Certifica Que :

BRANDON STEVENS GOMEZ GARCIA

IDENTIFICADO (A) CON DOCUMENTO :

C.C Nº 1.033.791.785 DE BOGOTA D.C

Asistio y aprobo el curso

SOPORTE VITAL BASICO

Con una intensidad horaria de **20** horas realizado del dia **28** al **30** de **NOVIEMBRE** de **2018**

Cursos que siguen los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, art.42,90 y la resolucion 2003 del 28 de mayo de 2014 acreditando 20 horas de educacion continua e informal con una validez de **2** años. Lo anterior se firma en Bogota D.C el dia **30** del mes de **NOVIEMBRE** del **2018**

Director General
Stella Vitae SAS
Director general

Asesorias, Capacitaciones
Actualizaciones y Prestación
de Servicios en Salud
Stella Vitae SAS
Nit. 901 175 755-1

Stella Vitae SAS
Nit. 901.175-755-1
Instructor
instrutor

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

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

FECHA: 17/12/18	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:	OTRO
☐	☐	☒	☐	☐		

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GOMEZ	GARCIA	BRAYAN	STEVENS

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1033791785	BOGOTA	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
18/09/96	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO
SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) ☐	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐		1	3103052777

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 51 A # 35-79 SUR	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3103052777

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
BRAYANGOMEZ2929@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 ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	
		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 SALUD CENTRO ORIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA							NIT	
GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒				NIT	800215303-7

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

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ NANCIERA ☐ ANSPORTE ☐ NOLOGIA ☐ ENTOS ME☐AMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CRA 14 B# 145 SUR	3999189	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA		FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)	

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	1'300.000	GASTOS FAMILIARES	300.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	600.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1'500 000	TOTAL EGRESOS	900000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
PATIÑO	HERNANDEZ	ESTEFANY	NICOL.
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CALLE 1A #35-79 SUR	BOGOTA	AMIGA	3223502585

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	AHORROS	488036005858	LOPE SUR	

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 ☐ RA ☐ 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.):

AUXILIAR DE ENFERMERIA

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con 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.

Scanned by CamScanner

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) 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.- AUTORÍZACION 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 artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no 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) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

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 surlaffa@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.

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 EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Brandon Stevens Gomez

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA				**XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION**			
1.Fecha		**2. Ciudad**		**1. Fecha:**		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:				**3. Nombre y Cargo de quien verifica:**			
4. Lugar de la Entrevista:				**4. Lugar de la verificación:**			
5. Observaciones:				**5. Observaciones:**			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		**6. Firma y cédula:**			
7. Firma y Cédula							

Scanned by CamScanner

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) BRANDON STEVENS GOMEZ GARCIA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.033.791.785, se encuentra Afiliado en el Plan Obligatorio de Salud POS, de la EPS Compensar por la Empresa BRANDON STEVENS GOMEZ GARCIA NIT , en calidad de INDEPENDIENTE CONTRATO DE PRESTACIÓN según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 10 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
SUB RED CENTRO ORIENTE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
8769610

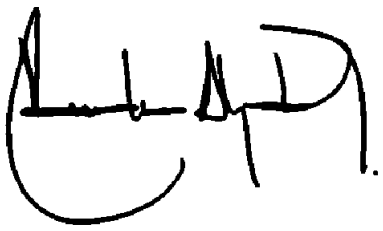
Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **BRANDON STEVENS GOMEZ GARCIA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,033,791,785**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 15 días del mes de Diciembre de 2018.



_____
Gerente de Clientes

SEGUROS BOLÍVAR

CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese **la información solicitada.**

** Campos obligatorios*

La persona identificada con CC-1033791785 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar

Tipo de Documento *

Número de Documento *



Confirmar imagen *

CONSULTAR

© 2016 - Seguros Bolívar
Todos los derechos reservados 2016

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

1033791785		SEGUROS BOLIVAR	
Numero de Documento		ARL	
BRAYAN	STEVENS	GOMEZ	GARCIA
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
18/09/96	BOGOTA	CALLE 57A #35-79 SUR	3103052777
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
COMPENSAR	PORVENIR	$	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
AUX ENFERMERIA			
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
BRAYANGOMEZ2124@HOTMAIL.COM		3103052777	
Correo Electrónico		Celular	

Firma del Afliado

Tatiana P. Clavijo Q.
C.C. No. 52431204 de
Enfermera P.U.

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 52 431 204

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119247690

WEB
12:01:58

Bogotá DC, 15 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) BRANDON STEVENS GOMEZ GARCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033791785:

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 sábado 15 de diciembre de 2018, a las 12:04:01, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1033791785
Código de Verificación	1033791785181215120401

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 P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2614581

Bogotá D.C., 15 de Diciembre de 2018 - 12:06 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL TREINTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y UN MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO**

1033791785

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_MCKQE_0612
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 12:06:58 horas del 15/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1033791785**
Apellidos y Nombres: **GOMEZ GARCIA BRANDON STEVENS**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **15/12/2018**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor BRANDON STEVENS GOMEZ GARCIA** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1033791785**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

N#mero	**0570008480365058**
Saldo a la fecha	**1,512,974.98 Pesos**
Fecha de apertura	**01/02/2017**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA