

16/12/2018

Ver



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 10:11:37
CESAR AUGUSTO OL...



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

[Escritorio](#) → **Configuraciones de Perfil**

Id de página:: 14005862 [Ayuda](#) ?

Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

[Nuevo registro](#)

Estado de las solicitudes de registro

Abajo está la lista de todos sus miembros y correspondiente estado.

Número de documento	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
1030650920	CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY	07/03/2018 11:08:16 AM ((UTC- 05:00) Bogotá, Lima, Quito)	07/03/2018 11:08:16 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Aceptado

[Cambiar el estilo de paginación](#)

[Nuevo registro](#)



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.



Última Actualización: 16-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO CLARTE	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MONROY	NOMBRES CESAR AUGUSTO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1030650920	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 1030650920 D.M. 2		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 6 MES MAR AÑO 1995 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Cll 13 Sur # 6-34 este PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3209072912 EMAIL rendy38@hotmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO Bachiller académico con profundización en	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	AÑO
										X	NOVIEMBRE	2011

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). MA (MAESTRIA O MAGISTER). DO (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
UN	8	X	Enfermero	7 2017	1030650920



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
SUB RED CENTRO ORIENTE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3640666	DÍA 16 MES 3 AÑO 2018		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ENFERMERO	SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA	Diagonal 36 sur #5-20 este	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
MACROMED S.A.S IPS LAS AMÉRICAS		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	ips.america@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
745042	DÍA 18 MES 8 AÑO 2017		DÍA 18 MES 3 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermero	Salud mental y psiquiatría	Carrera 10 # 18 - 20 sur	

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	0	9
PRIVADO	0	7
PARTICULAR	0	0
TOTAL	1	4

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 96 DE LA LEY 190/95).



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

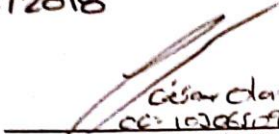
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 16-dic-2018

Bogotá D.C. 16/12/2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento


César Clavio Morrey,
C.C. 102061720 Activa
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

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1030650920 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Cll 13 Sur # 6-34 este

Teléfonos 3209072912 3209072912

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
---------------------	------------------------	------------

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	\$ 25.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 25.000.000,00

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
BBVA	AHORROS	0013069300020062521	CALLE 37	\$ 5.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
--------------	-------------------------	-------

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------

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



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: 16-dic-2018

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
KAREN JOHANA PACHON OJEDA	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	1023944079

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA


Cenia Olarte Morán
CC=1030650920 de Bta

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 16-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



Colegio INEM Francisco de Paula Santander
Institución Educativa Distrital

*Creado según Decreto No. 1962 de noviembre de 1969 y aprobación oficial No. 08-0218
del 5 de agosto de 2009, expedida por la Secretaría de Educación de Bogotá.*

Confiere a:

César Augusto Olarte Monroy

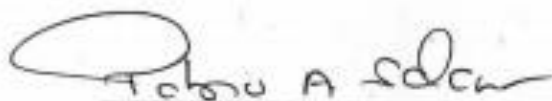
Identificado con T.I. No. 95030607261 de Bogotá D.C.

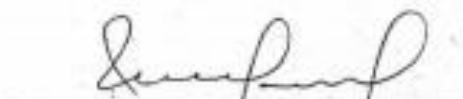
El Título de

Bachiller Académico
con profundización en Ciencias de la Salud

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación
Media Académica, según el artículo 11, numeral 2 del Decreto 1860 de 1994*




Pablo Alejandro Salazar Restrepo
Rector


Carmen Cecilia Parra Gaitán
Secretaria Académica

Anotado al Folio No. 386 del Libro No. 2 de Registro de Diplomas

Dado en Bogotá, D.C., a 30 de noviembre de 2011

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



República de Colombia

AREPANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Procesos Artista Ruta 22115 Manizales-Depto. Cauca

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

CÉSAR AUGUSTO OLARTE MONROY

C.C. No. 1.030.650.920 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., 28 de julio de 2017


Secretario General


Rector


Decano

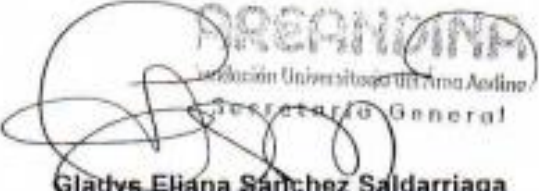
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

ACTA DE GRADO 810

En Bogotá D.C., el 28 de julio de 2017 a las 9:00 horas, convocados por Resolución Nacional 055 del 27 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz, y la Secretaria General (E), doctora Gladys Eliana Sánchez Saldarriaga, para presidir la ceremonia de grado de **Cesar Augusto Olarte Monroy** con cédula de ciudadanía número 1030650920 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 de la Fundación, 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 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de Registro de títulos Tomo 9, Folio 132, número 52691.

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
GLADYS ELIANA SÁNCHEZ SALDARRIAGA, Secretaria General (E)

Dada en Bogotá D.C., el 28 de julio de 2017.


Gladys Eliana Sánchez Saldarriaga
Secretaria General (E)



Colegio INEM "Francisco de Paula Santander"

Institución Educativa Distrital

Calle 38 C sur No. 79-08

Inscripción DANE: 111001024732 ICFES: J.M. 023366 J.T. 023374 Inscripción S.E.: 1842

Acta Individual de Graduación

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 30 días del mes de noviembre del año 2011, en desarrollo del Sistema Institucional de Evaluación y el Decreto 1290 del 16 de abril de 2009, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la rectoría del

Colegio INEM "Francisco de Paula Santander"

Institución Educativa Distrital

Creado según Decreto No. 1962 de noviembre de 1969 y aprobación oficial No. 08-0218 del 5 de agosto de 2009, expedida por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

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

Bachiller Académico

con profundización en Ciencias de la Salud

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

César Augusto Olarte Monroy

Identificado con T.I. No. 95030607261 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta General No. 227 de Fecha 30 de noviembre de 2011.

Anotado al Folio No. 386 del Libro No. 02 Registro de Diplomas.

Firmada por PABLO ALEJANDRO SALAZAR RESTREPO (Rector) y CARMEN CECILIA PARRA GAITÁN (Secretaria Académica).

PABLO ALEJANDRO SALAZAR RESTREPO

C.C. No. 79.420.001 de Bogotá

Rector

CARMEN CECILIA PARRA GAITÁN

C.C. No. 41.763.288 de Bogotá

Secretaria Académica



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
C.U. 2
TUBERO (MTCU) (1993)
Bogotá, Colombia - C.A.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO
ORIENTE E.S.E
LABORATORIO CLINICO, TOXICOLOGIA Y SERVICIO TRANSFUSIONAL**

Hace constar que:

CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY

C.C. 16.206.1920

Participo en la capacitación sobre:

TOMA DE MUESTRA

Que incluye 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.

Iniciada el día 22 de marzo

Finalizada el día 29 de marzo, por lo tanto, se terminó el curso de agosto de 2018

NUBIA INES VARELA MORATO

Referente laboratorio clínico

Toxicología y servicio transfusional

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



SAVE A LIFE

**AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
COMMITTEE ON TRAUMA**

Recognizes

OLARTE MONROY CESAR AUGUSTO

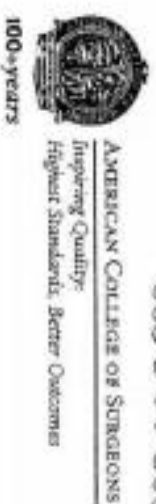
For successful completion of the
Bleeding Control Basic v. 1.0 Course

Presented on Bogotá D.C.- Colombia , by

Fundación Enfermeros Militares

With this certification we acknowledge that you approved the course

Copyright © 2017 by the American College of Surgeons



Bogotá D.C.

Señores:

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL 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, César Augusto Olarte Henao 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

[Firma]
CC=1030650920 de Bta

No. de documento:

1030650920

Tarjeta profesional No:

11228

Dirección de contacto:

Calle 13 Sur #6-34 Este

Teléfono:

3209072912

CI-GTH-18094

LA SUSCRITA COORDINADORA DE RECURSOS HUMANOS DE
MACROMED S.A.S.

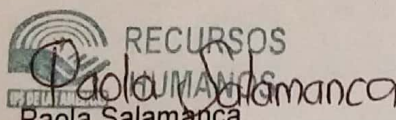
NIT 830.107.855-2

CERTIFICA

Que el(a) señor(a) **CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY** identificado(a) con cedula de Ciudadanía No **1.030.650.920**, laboro en nuestra compañía como **JEFE DE ENFERMERIA**, desde el 18 de Agosto de 2017 hasta el 18 de Marzo de 2018, mediante contrato a término Fijo.

Se expide en Bogotá D.C. a los veintisiete (27) días de Marzo de 2018 a solicitud del(a) interesado(a).

Cordialmente,



RECURSOS
HUMANOS
Paola Salamanca
Coordinadora de Recursos Humanos

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.650.920**

OLARTE MONROY

APELLIDOS

CESAR AUGUSTO

NOMBRES

Cesar Olarte

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-MAR-1995**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

11-MAR-2013 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00436162-M-1030650920-20130520

0033055481A 1

39752809

ESTADO CIVIL



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUSCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14461665225



(415)7707212489984(8020) 0000014461665225

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 3 0 6 5 0 9 2 0

6. DV

1

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 0 3 0 6 5 0 9 2 0

27. Fecha expedición:

2 0 1 3 0 3 1 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

OLARTE

32. Segundo apellido

MONROY

33. Primer nombre

CESAR

34. Otros nombres

AUGUSTO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 40 SUR 86 D 25 BRR PATIO BONITO BARRANQUILLITA

42. Correo electrónico:

rendy38@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

4 8 2 9 7 4 8

45. Teléfono 2:

3 2 0 9 0 7 2 9 1 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

Actividad secundaria

Otras actividades

Ocupación

52. Número establecimientos

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 8 0 3 0 7

48. Código:

8 6 9 9

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 7 0 8 1 8

50. Código:

1 2

8 5 2 3

51. Código

2 2 2 4

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 2

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

Exportadores

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

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 ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

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

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 OLARTE MONROY CESAR AUGUSTO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE



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

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 07-03-2018
Hora: 8:31:06 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1030650920-1 CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY

Información General

Dirección CL 40 SUR 86D 25 BRR PATIO BONITO
BARRANQUILLITA

Teléfonos 3209072912

Dirección electrónica rendy38@hotmail.com

Fax 4829748

Información de Registro

Fecha Inscripción 05/03/2018

Soporte Inscripción 16681143

Fecha Inicio Actividades 18/08/2017

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: 85232-EDUCACION DE FORMACION LABORAL

Actividad 3: 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 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002786013



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

Fuente ICA TE TOCA

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO 1030650920

APELLIDOS Y NOMBRES
OLARTE MONROY

CESAR AUGUSTO

PERTENECE AL EJERCITO DE:

1ª LINEA	2ª LINEA	3ª LINEA
31 - DIC	31 - DIC	31 - DIC
2025	2035	2045

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP.: 11 JUN 2013



[Firma]

CDTE. DE DISTRITO

PRESTACIÓN DE SERVICIO AL EJERCITO NACIONAL

La presente tarjeta:

1. Es un documento obligatorio para el reservista para los siguientes casos:
- Cederle credencial con credenciales militares públicas.
- Inscribir a la fuerza administrativa.
- Tener posesión de cargos públicos.
- Obtener prima de profesional en cualquier centro docente de educación superior.
2. En caso de requerirlo de acuerdo de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.



03423846
210251 1432012



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERIA - OCE -
REGISTRO UNICO NACIONAL DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA
RETHUS
RETHUS - LEY 1164 DE 2007

Bogotá, D.C.,

Apreciada (o) Colega:

Por medio de la presente y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 24 de la ley 1164 de 2015, numeral 4 del artículo 14 decreto 4192 de 2015 y especificaciones del anexo Técnico de la resolución 08 de 2015, nos permitimos hacer entrega de la tarjeta de identificación única del talento humano en salud, mediante la cual se acredita su condición de idoneidad para ejercer la profesión de enfermería. Recuerde tener presente mantener un nivel de seguridad apropiado a su tarjeta profesional.

A esta tarjeta precede la inscripción individual en el RETHUS, de sus datos personales y de identificación, los datos académicos y de autorización, de los datos del servicio social obligatorio, y los correspondientes relacionados con las actividades del tribunal Nacional Ético de Enfermería. Le recordamos tener presente que cuando alguna de las tres circunstancias contempladas en el artículo 12, del decreto 4192 de 2015 deberá reportar las novedades a la Organización Colegial de Enfermería.

Nos resta, agradecer el interés que llegue a desarrollar para fortalecer, además de la actividad de función pública delegada del RETHUS, la correspondiente al crecimiento y desarrollo organizativo y profesional de la OCE, invitándole a afiliarse y convertirse en socia (o) de los miembros de la junta directiva de la OCE y sus Organizaciones. La ANEC de la que tuvo su origen, creemos firmemente en la importancia del trabajo profesional con interés desde lo colectivo y en la unidad profesional con criterios de respeto por los derechos humanos de todos los ciudadanos y la búsqueda permanente del logro de un trabajo profesional con dignidad y reconocimiento público para los profesionales de Enfermería.

Cordialmente,

JUNTA DIRECTIVA NACIONAL


CAROLINA PRADA MORENO.
Presidenta


CECILIA VARGAS GONZALEZ
Secretaria General



ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERO

CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY

C.C. 1.030.650.920

FUND UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA - FUAA
Bogotá D.C.

FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2017-07-28

FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2017-08-18



11228

Crear-ID.com | 8219115

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad
con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.

Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la
Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL

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 *

1030650920

Primer Nombre *

Cesar

Primer Apellido *

Olarte

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-16→8:53:20 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1030650920	CESAR	AUGUSTO	OLARTE	MONROY	Ver

Información Detallada [CC: 1030650920] CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY**2018-12-16→8:53:20 PM****Información Académica**

Tipo Programa	Origen Obtención	Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local		ENFERMERIA	2017/8/18	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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



Tribunal Nacional Etico de Enfermería

Ley 166 de 1996

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

HACE CONSTAR QUE:

El enfermero **CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY** identificado con la cédula de ciudadanía número 1.030.650.920, 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

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Calle 50 No. 8 - 24. Cons. 204 • Tel. 301 549 2322

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS: León Agustín de la Cruz

Identificación: 7' 030' 650' 950 Edad: _____

Teléfono: _____

Empresa o institución: _____

VACUNA	DOSIS	FECHA DE APLICACION	LOTE N°	FIRMA o SELLO
HEPATITIS "B"	1°	14 JUN 2013	03512001	CAROLINA
	2°	10 JUL 2013	03512001	
	3°	19 SET 2013	03512001	
TETANOS	1°	09 SET 2014	2014 CITY	
	2°			
	3°			
	4°			
	5°			

VACUNA	DOSIS	FECHA DE APLICACION	LOTE N°	FIRMA o SELLO
INFLUENZA	1°			
VARICELA	1			
HEPATITIS "A"	1°			
NEUMOCOCO				

VACUNA	ESQUEMA DE DOSIS EN MESES	REFUERZO
HEPATITIS B	0, 1, 2, 12 meses	
TETANO	0, 1, 7 (19, 31) meses	Cada 10 años
INFLUENZA (GRIPE)	1 dosis	Cada año
PIEBRE ASARILLA	1 dosis	Cada 10 años
HEPATITIS A	0, 6 meses	
NEUMOCOCO (23 cc conjugado)	1 dosis	1 año después
RABIA	0, 7, 28 días	1 año
VARICELA	1 dosis	
POLIOMIELITIS	2, 4, 6, meses de edad	10 meses
BCG	Recien nacido	
DPT	2, 4, 6, 18 meses	5 años
HAEMOPHILUS INFLUENZAE B	2, 4, 6, meses de edad	
SRP	1 año	

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

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación
o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre

Cesar Augusto

Apellido

Olarte Morrey

Código de
Identificación

CC X Número 1630650920*

Fecha de
Ejecución en

Del 06 Mar 03 al 19-95

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión	1			
Rubéola	1			
Toxide Tetánico Diférico Td	2			
	3			
	4			
	5			
	1	08 MAR 2003	001434039-02	Juan P. Franco
Contra Hepatitis B	2	06 Abril 18		
	3			
	4			

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

**CONSULTORIOS MEDICOS DEL DIVINO
NIÑO, CRA 5ª A 27-12 SUR, BOGOTÁ.
Barrio 20 de Julio, Tels 3614892- 3663130**

Nombre	CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY	Fecha	marzo 7/18
Edad	23a	Documento identidad No.	1030.650.920
Estado Civil	soltero	Natural de	BOGOTÁ
Profesión	ENFERMERO		

EXAMEN MEDICO

Estado Físico General actual **NORMAL**
(e. a. tr.):

Antecedentes Personales (quirúrgicos, patológicos, traumáticos):
negativo

Antecedentes Familiares (Diabetes, Epilepsia, Asma, Ca, Hipertensión, Cardiopatía):
DIABETES-MTA

ESTADO FISICO GENERAL

Talla	169	Peso	70	Pulso	72	T.A.	100/70
-------	------------	------	-----------	-------	-----------	------	---------------

	Normal	Anormal	OBSERVACIONES
Cabeza y Cuello	normal		
Ojos	normal		
Agudeza Visual	OD=20/20 OI =20/40		
ORL	normal		
Agudeza Auditiva	normal		
Orofaringe	normal		

	Normal	Anormal	OBSERVACIONES
Tórax	normal		
Cardiorespiratorio	normal		

Abdomen	<u>normal</u>			
Genitourinario	<u>normal</u>			
Extremidades	<u>normal</u>		Vérices <u>no</u>	
S. Osteomuscular	<u>normal</u>		Lumbago <u>no</u>	
S. Nervioso	<u>normal</u>			
G.P.A.		FUP	CICLOS	FUR
S. Endocrino	<u>normal</u>			
Piel y Anexos	<u>normal</u>			
Observaciones	<u>no</u>			

**EXAMENES DE LABORATORIO (ANEXAR
ORIGINALES) no aplica**

EXAMEN	FECHA	RESULTADO	FIRMA
Serología			
Baciloscopia			
Prueba de Embarazo			
Hemodisfibración			
Cuadro Hemático			
Parcial de Orina			

EL CANDIDATO ES:

NO

NO APTO

APLAZADO

El suscrito médico revisó a satisfacción los
exámenes solicitados.

D^{ra}. Rafaela López Morales
 Médico General - U.P.E.
 R.M. No. 157 451
 Cel. 313 418 59 88

Certifico que la información proporcionada es
verdadera, su inexactitud será causal de rechazo

[Firma]
ALVARO GONZALEZ DE PENA
 Firma del Examinado

R. M. No. 9157474



ASISORIAS Y CAPACITACIONES
HEALTH TRAINING GROUP
NIT 901150343 CEL. 3209371186
EXPERIENCIA SOCIO PSICOMAT. COM

CERTIFICA QUE:

CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY

IDENTIFICADO CON DOCUMENTO AL NITRO

CC 1030650920

ASISTO Y APROBO EL CURSO:

ATENCION INTEGRAL EN SALUD EN VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL
CODIGO BLANCO

Con una intensidad horaria de 40 HORAS

Curso de formación del 25 de febrero al 03 de marzo de 2018 Taller Psico-social de 04 de marzo (formatos) tiene los conocimientos establecidos por la ley 15 de 1994, Art. 42, 90, Decreto 2883 del 71 de mayo de 2007 en su página 9 Art 28 Y la Resolución 2001 del 78 de mayo de 2014 ley 1079 de 2014 ley 1079 de 2014 de 2015 secretando 40 horas de educación en continua e integral con una validez de 2 años.

Lo anterior se firma en Bogotá DC. El día 04 del mes de marzo de 2018


Fabiana Ospite
Coordinadora General


Carolina Mariñez Vazquez
Enfermera Jefe


Claudia Patricia Milovich Alvarez
Medico Instructor

CURRHO (Código de Registro) 3209371186

FUNDACIÓN ENFERMEROS MILITARES

Centro Internacional de Entrenamiento en Medicina Táctica
Emergencias y Desastres CIEMTED NIT 900.610.927-4
CIEM – Colombia Cuerpo Internacional de Emergencias
IOEMT – International Organization of
Emergency Medical Technicians
Comité Latinoamericano de Medicina Táctica

Certifica que:

OLARTE MONROY CESAR AUGUSTO

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 1.030.650.920

**Ha superado los requisitos teórico-prácticos
correspondientes al Curso de:**

ACLS

Soporte Vital Cardiovascular Avanzado



Intensidad Horaria de 48 Horas

Dado en Bogotá D.C., a los ocho (08) días de Octubre de 2017



PROYECTO SALVA CORAZONES

Sargento Primero (RA) Héctor Guillermo Bernal Malpica
Director General
Fundación Enfermeros Militares



FUNDACIÓN ENFERMEROS MILITARES

Centro Internacional de Entrenamiento en Medicina Táctica
Emergencias y Desastres CIEMTED NIT 900.610.927-4
CIEM – Colombia Cuerpo Internacional de Emergencias
IOEMT – International Organization of
Emergency Medical Technicians
Comité Latinoamericano de Medicina Táctica

Certifica que:

OLARTE MONROY CESAR AUGUSTO

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 1.030.650.920

**Ha superado los requisitos teórico-prácticos
correspondientes al Curso de:**

BLS

Soporte Vital Cardiovascular Básico



Intensidad Horaria de 20 Horas

Dado en Bogotá D.C., a los siete (07) días de Octubre de 2017



[Handwritten Signature]

Sargento Primero (RA) Héctor Guillermo Bernal Malpic
Director General
Fundación Enfermeros Militares



SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: 16-12-18 CIUDAD: Bogotá D.C DEPARTAMENTO: Cundinamarca
Destinado Cliente Con el diligenciamiento de este formulario no permitirá 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 realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)
PROVEEDOR ☐ PARTICULAR ☐ CONTRATISTA OPS ☒ SERVIDOR PÚBLICO ☐ OTRO ☐ CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL
PRIMER APELLIDO: Olarte SEGUNDO APELLIDO: Monroy PRIMER NOMBRE: Cesar SEGUNDO NOMBRE: Augusto
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: No IDENTIFICACIÓN: 1030650920 LUGAR EXPEDICIÓN: Bogotá D.C. FECHA EXPEDICIÓN: 2013/03/11
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐
FECHA NACIMIENTO: 06-03-1995 LUGAR NACIMIENTO: Bogotá D.C. PAÍS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiana
ESTADO CIVIL: CASADO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐ PERSONA A CARGO: CUAL:
NIVEL DE ESTUDIOS/FORMACIÓN ACADÉMICA: MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TÉCNICO ☐ TECNÓLOGO ☐ CUAL:
DIRECCIÓN RESIDENCIA: Calle 13 Sur # 6-34 6to CORREO ELECTRÓNICO: cesardarte44@gmail.com CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá D.C. DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAÍS RESIDENCIA: Colombia TELEFONO RESIDENCIA: 320942912
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO: (Si tiene) CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAÍS: TELEFONO/FAX: 3654969

2. DATOS DEL CONYUGUE
PRIMER APELLIDO: Pachon SEGUNDO APELLIDO: Ojeda PRIMER NOMBRE: Karen SEGUNDO NOMBRE: Johana
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: No IDENTIFICACIÓN: 1023944079 LUGAR EXPEDICIÓN: Bogotá D.C. FECHA EXPEDICIÓN: 2013/07/31
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐ NACIONALIDAD: Colombiana

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA
SALARIADO ☐ ESTUDIANTE ☐ HOGAR ☐ PENSIONADO ☐
SOCIO ☐ CONTRATISTA ☒ COMERCIANTE ☐ EMPLEADO PÚBLICO ☐
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐ EMPLEADO SOCIO ☐ OTRA ☐
INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA: SI ☐ NO ☒ IVA: SI ☐ NO ☒ ICA: SI ☐ NO ☒
CÓDIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA: 8697 PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐
GRAN CONTRIBUYENTE: SI ☐ NO ☒ AGENTE RETENEDOR: SI ☐ NO ☒ AGENTE AUTORETENEDOR: SI ☐ NO ☒
FUNCIONARIO PÚBLICO: SI ☐ NO ☒ ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS: SI ☐ NO ☒
NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA: Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: Bogotá 315-43 TELEFONO: 3444484 CIUDAD/MUNICIPIO: Bogotá D.C. DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAÍS: Colombia
CARGO ACTUAL: FECHA VINCULACIÓN: 16-03-2018
NÚMERO DE EMPLEADOS: VENTAS ANUALES: CÓDIGO ACTIVIDAD ECONOMICA: DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD: FECHA CONSTITUCIÓN: TIPO SOCIEDAD:

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	600.000	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
HONORARIOS	2'808.000	ARRENDOS	600.000	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	—
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS	—	DEUDA VEHICULOS	—
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	—
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	—	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
TOTAL INGRESOS	2'808.000	TOTAL EGRESOS	1'200.00	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
Vargas	Quiruga	Nataly	Alexandra
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
Diagonal SO Sur A10-65 E16	Bogotá DC / Cundinamarca / Colombia	Amistad	3222175296

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BBVA	Cuenta de ahorro	2130693000000000	Calle 37	3510000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:				CUAL:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐				

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 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 entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Enfermería

- 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)
- 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.
- Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
- Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
- 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 o posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí 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.
- 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 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: 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 últimos tres meses + declaración de renta si es declarante
- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
 - Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 - Fotocopia Inscripción en el RUT Distrital.
 - Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%
 - Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 - Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
- NOTA:** Todos los conceptos 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, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

- Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
- Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual procede a emitir la siguiente:
- Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
- Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón 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 prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

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 tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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 harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.

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 lo 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, teléfono 344 44 84, e-mail: sarlaf@subredcentroorient.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorient.gov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Cesar Augusto Olarte Monroy

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1. Fecha	2. Ciudad
Nombre del funcionario o asesor:	
Lugar de la Entrevista:	
Observaciones:	
Resultado de la Entrevista:	☐ ACEPTADO ☐ RECHAZADO
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:	



**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7**

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY identificado(a) con cedula ciudadania 1.030.650.920 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20180306	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 16 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:

A QUIEN INTERESE

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
10559042

CER-AFI



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,030,650,920**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

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

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1'030.650.920
Numero de Documento

Sura
ARL

Cesar
Primer Nombre

Augusto
Segundo Nombre

Olate
Primer Apellido

Monroy
Segundo Apellido

06/Marzo/1995
F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá D.C
Ciudad de Nacimiento

calle 13 sur #6-34 este
Dirección de Residencia

3654969
Teléfono Fijo

Compensar
EPS - Salud

Porvenir
AFP - Pensiones

\$ 2'808.000
Honorarios

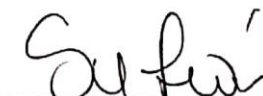
Enfermero
Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Cesarolate44@gmail.com
Correo Electrónico

3209072912
Celular


Cesar Olate Monroy
C.C. 1030650920 de Bta
Firma del Afiliado


Firma y Nombre Supervisor del Contrato
Sandra Patricia San
C.C. 52284299 A-
Firma y Nombre Supervisor del Contrato

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119251458



WEB

03:03:58

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 16 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) CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1030650920:

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.

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 domingo 16 de diciembre de 2018, a las 03:09:27, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1030650920
Código de Verificación	1030650920181216030927

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





Bogotá D.C., 17 de Diciembre de 2018 - 0:02 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) **CESAR AUGUSTO OLARTE MONROY**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL TREINTA MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS VEINTE** de BOGOTÁ, D.C.

1030650920

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:

La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_2IS2B_020**

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

[INICIO](#)[INSTITUCIÓN](#)[CONTÁCTENOS](#)[PREGUNTAS FRECUENTES](#)

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 00:07:34 horas del 17/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1030650920**

Apellidos y Nombres: **OLARTE MONROY CESAR AUGUSTO**

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

Todos los derechos reservados.



Gobierno en
Línea

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de corte.

**Reporte de profesionales sin plaza asignada en el sorte de plazas del 19/07/2017 para los profesionales del área de
ENFERMERÍA**

Fecha de Generación: 19/07/2017

Tipo identificación	Número de identificación
CC	24336609
CC	1143157182
CC	1128403072
CC	1007020319
CC	1010219109
CC	1140882682
CC	1090422604
CC	1020814645
CC	1016078980
CC	1053845254
CC	1086548940
CC	1094963220
CC	1152683850
CC	37551714
CC	52515412
CC	1019109493
CC	1053838835
CC	1014225567
CC	1053842322
CC	1140879554
CC	1053805766
CC	1039464871
CC	1082409251
CC	52976645
CC	80800432
CC	1070818573
CC	1030651797
CC	1013656131
CC	43906886
CC	1041233314
CC	1120372117
CC	1053821921
CC	1128438321
CC	1017133962
CC	1030650920
CC	1020435405
CC	1065646791
CC	1022388731
CC	1032474307
CC	1078349149
CC	1088335641
CC	1104709993

