Buscar contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total d
170897	PS 1568 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	10/01/2018 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	4 días para terminar *(15/12/2018 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	juan miguel gutierrez muñoz	7

OPCIONES

VER

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

HERRAMIENTAS

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: 10-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
GUTIERREZ	MUÑOZ	JUAN MIGUEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1022927758

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 1022927758 D.M 52

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 29 MES AGO AÑO 1986

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

k 14 #139-44s

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7660125

EMAIL juanmedic29@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* bachiller
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2005
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	12	X		MEDICO	12	2014	1022927758

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Ingles		X			X			X	
Ingles		X			X			X	

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: 10-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: adecco	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: cindy.avila@adecco.com	
TELÉFONOS: 7443333	*FECHA DE INGRESO*: DIA 25 MES 8 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: medico	*DEPENDENCIA*: uci intermedia hfsc	*DIRECCIÓN*: h san carlos	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: h san jose samana	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Caldas	*MUNICIPIO*: Samaná	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: fachsanjosesamana@hotmail.com	
TELÉFONOS: 8658000	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 1 AÑO 2015	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 1 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: no	*DEPENDENCIA*: no	*DIRECCIÓN*: Cra. 9ª. No. 4-79 samana caldas	

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	0
PRIVADO	0	4
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

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: 10-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento Bogota 10 Dic 2018

1023927758

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned by CamScanner

El diligenciamiento de este formulario nos permitirá adelantar el Proceso de Conocimiento de [illegible]

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: 12-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JUAN MIGUEL GUTIERREZ MUÑOZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1022927758 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección k 14 #139-44s **Teléfonos** 3183851417 7660125

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MIGUEL GUTIERREZ	11250504	PADRE
ANA MUÑOZ LAGOS	21076178	MADRE

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 1,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 500.000,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 82.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 100,00
TOTAL	$ 82.500.101,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
banco agrario	AHORROS	41853008017-4	samana	$ 24.000.000,00

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
icetex	credito	$ 36.000.000,00

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: 12-dic-2018

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

1622927758

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 12-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A

Personería Jurídica No. 7392 - de Mayo de 1983 - Resolución No. 4975 del 29 de diciembre de 2004 - Ministerio de Educación Nacional

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

Juan Miguel Gutiérrez Muñoz

Cédula de Ciudadanía No. 1.022.927.758 de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios programados por la Universidad y cumplió los requisitos exigidos por los estatutos y la ley,
para un programa de formación de nivel de pregrado,
le confiere el título de:

Médico Cirujano

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

Bogotá D.C., República de Colombia, 11 de diciembre de 2014.

Presidente,

Rector,

Decana,

Secretaria General,

Diploma No. 8729
Registrado al Folio No. 18
Del Libro de Diplomas No. 3
Fecha 11 de diciembre de 2014
Registro de Titulado 8633

Código de Seguridad 1835-AA-000852

Scanned by CamScanner

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre la

Institución Educativa Distrital "Francisco Antonio Zea de Usme"

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C., según Resolución de Aprobación Oficial No. 2382 del 14 de Agosto de 2002

Confiere a:

Juan Miguel Gutiérrez Muñoz

T.I. No. 860829-60742 de Bogotá D.C.

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes y de acuerdo al Decreto 3011 de Diciembre 19 de 1997

Rectora — Martha Elizabeth Soler Chavarro

Secretario — Carlos Eduardo Morales Corredor

Registro Interno

Acta No. 27 Folio No. 67

Este Diploma no requiere ser registrado en la Secretaría de Educación de conformidad con el Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994.

Dado en Bogotá D.C., a los 5 días del mes de Diciembre de 2003

Scanned by CamScanner

Acta de Grado

Institución Educativa Distrital
Francisco Antonio Zea de Usme

Calle 10 No. 5-39 Usme - Tel. 766 00 68

Inscripción S.E. : 2389
Dane: 11185000747

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 5 días del mes de Diciembre de 2003 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rectora y Secretario en la Rectoría de la INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL FRANCISCO ANTONIO ZEA DE USME, Institución aprobada indefinidamente en el nivel de Educación Media y Autorizada por La Secretaría de Educación Distrital, para otorgar el Título de BACHILLER en la Modalidad Académica , según Resolución No. 2382 del 14 de Agosto de 2002.

Comprobada la situación legal y académica, según informe del Comité de Evaluación y Promoción, de cada uno de los estudiantes que alcanzaron los logros correspondientes al nivel de Educación Media se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Juan Miguel Gutiérrez Muñoz
T.I. No. 860829-60742 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 27 de fecha 5 de Diciembre de 2003 que consta de 63 estudiantes graduados, comienza con el nombre de Ardila Muñoz Diana Fernanda y se cierra con el nombre de Zamora Rivera Julieth Janette.

Firmada y sellada por Martha Elizabeth Soler Chaparro (Rectora) y Carlos Eduardo Morales Corredor (Secretario)

Dada en Bogotá D.C. , a los 5 días del mes de Diciembre de 2003

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 1.994

Rectora
C.C. No. 41.662.389 de Bogotá

Secretario
C.C. No. 79.306.988 de Bogotá

Scanned by CamScanner

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A

FACULTAD DE MEDICINA

Acta de Grado No. 8729

En la Ciudad de Bogotá D.C., el 11 de diciembre de 2014, se llevó a cabo el Acto de Graduación, presidido por los Doctores: Jaime Cadena Santos, Presidente, Germán Anzola Montero, Rector y Eliana Sánchez Saldarriaga, Secretaria General; en el cual la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. previo el juramento reglamentario, confirió el título de

MÉDICO CIRUJANO

A:

Juan Miguel Gutiérrez Muñoz

Identificado, con la Cédula de Ciudadanía No. 1.022.927.758 de Bogotá D.C., quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos y las normas legales y le otorgó el Diploma que lo acredita como tal.

La Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A., está autorizada para conferir este título según lo establecido en el Artículo 19 de la Ley 30 de 1992.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en Bogotá D.C., el 11 de diciembre de 2014.

Firmado por:

JAIME CADENA SANTOS
Presidente

ELIANA SÁNCHEZ SALDARRIAGA
Secretaria General

ELIANA SÁNCHEZ SALDARRIAGA
Secretaria General

Scanned by CamScanner

ALIANZA
CENTRO DE ENTRENAMIENTO
EN EMERGENCIAS

ALIANZA CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS
en asociación con
PUBLIGESTIÓN & SALUD OCUPACIONAL EU

Certifica que:

JUAN MIGUEL GUTIERREZ MUÑOZ

CC.1022927758

Asistió al:

CURSO "B.L.S. BASIC LIFE SUPPORT"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, CUNDINAMARCA, EL DÍA 26 DE NOVIEMBRE DE 2016

DURACIÓN 20 HORAS, CURSO BASADO EN LAS GUÍAS DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR DEL COMITÉ NACIONAL Y DE LOS COMITÉS INTERNACIONALES DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. GUÍAS 2015, DE ACUERDO CON LO QUE SE EXIGE LA RESOLUCIÓN 2003 DEL 2014 PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.

| Resolución No. 3060 / 2006 Secretaría de Salud de Cundinamarca |

FECHA DE RENOVACIÓN NOVIEMBRE 2018

BRAYAN KAVIR ALZATE
C.C. 1.024.523.790
COORDINADOR OPERATIVO
ENTRENADOR MÉDICO BLS-ACLS

ALEJANDRO ARGUELLO ARÉVALO
C.C. . 80.076.323
GERENTE CIENTÍFICO
ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

HULIZAY PAOLA ALZATE
C.C. 52.837.972
DIRECTOR MÉDICO
ENTRENADOR MÉDICO BLS-ACLS

ALIANZA
CENTRO DE ENTRENAMIENTO
EN EMERGENCIAS

ALIANZA CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS
en asociación con
PUBLIGESTIÓN & SALUD OCUPACIONAL EU
| Resolución No. 3060 / 2006 Secretaría de Salud de Cundinamarca |

Certifica que:

JUAN MIGUEL GUTIERREZ MUÑOZ

CC.1022927758

Asistió al:

TALLER DE ARRÍTMIAS

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, CUNDINAMARCA, EL DÍA 26 DE NOVIEMBRE DE 2016

DURACIÓN 8 HORAS TEÓRICO-PRÁCTICAS, CURSO QUE SE DESARROLLÓ DE ACUERDO A LOS COMITÉS NACIONALES E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.

FECHA DE RENOVACIÓN NOVIEMBRE 2018

BRAYAN KAVIR ALZATE
C.C. 1.024.523.790
COORDINADOR OPERATIVO
ENTRENADOR MÉDICO BLS-ACLS

ALEJANDRO ARGUELLO ARÉVALO
C.C. . 80.076.323
GERENTE CIENTÍFICO
ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

HULIZAY PAOLA ALZATE
C.C. 52.837.972
DIRECTOR MÉDICO
ENTRENADOR MÉDICO BLS-ACLS

www.alianzacee.com
Tel: 6057272 Ext 129 | Cel: 301 6555707
Cr 15 Bis 39A-27 | Bogotá D.C.

ALIANZA
CENTRO DE ENTRENAMIENTO
EN EMERGENCIAS

ALIANZA CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS
en asociación con
PUBLIGESTIÓN & SALUD OCUPACIONAL EU
| Resolución No. 3060 / 2006 Secretaría de Salud de Cundinamarca |

Certifica que:

JUAN MIGUEL GUTIERREZ MUÑOZ

CC.1022927758

Asistió al:

CURSO "A.C.L.S. ADVANCE CARDIAC LIFE SUPPORT"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, CUNDINAMARCA, EL DÍA 26 DE NOVIEMBRE DE 2016

DURACIÓN 48 HORAS, CURSO BASADO EN LAS GUÍAS DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR DEL COMITÉ NACIONAL Y DE LOS COMITÉS INTERNACIONALES DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. GUÍAS 2015, DE ACUERDO CON LO QUE SE EXIGE LA RESOLUCIÓN 2003 DEL 2014 PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
TEMARIO: REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y VÍA AEREA AVANZADA, ECV, SCA, RITMOS DE PARO, MANEJO DEL DESFIBRILADOR, CÓDIGO AZUL, TALLER DE HABILIDADES Y SOFTWARE

FECHA DE RENOVACIÓN NOVIEMBRE 2018

BRAYAN KAVIR ALZATE
C.C. 1.024.523.790
COORDINADOR OPERATIVO
ENTRENADOR MÉDICO BLS-ACLS

ALEJANDRO ARGUELLO ARÉVALO
C.C. . 80.076.323
GERENTE CIENTÍFICO
ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

HULIZAY PAOLA ALZATE
C.C. 52.837.972
DIRECTOR MÉDICO
ENTRENADOR MÉDICO BLS-ACLS

ALIANZA
CENTRO DE ENTRENAMIENTO
EN EMERGENCIAS

en asociación con

PUBLIGESTIÓN & SALUD OCUPACIONAL EU
NIT 830054955-4
| Resolución No. 3060 / 2006 Secretaría de Salud de Cundinamarca |

Otorgan la presente
CONSTANCIA A:

JUAN MIGUEL GUTIERREZ MUÑOZ
CC.1022927758

Por su participación como asistente de los cursos de:

"SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO BLS-ACLS"

ABORDAJE AL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA BÁSICA Y AVANZADA "48 HORAS"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ. CUNDINAMARCA.
EL DÍA 26 DE NOVIEMBRE DE 2016

Curso taller con laboratorio de simulación (simuladores de acciones vitales humanas, integrales y automatizadas).
Temario: Patologías, situaciones y ritmos que advierten un paro cardio-respiratorio, Código azul en salas de urgencias y reanimación, Manejo avanzado de la vía aérea, técnicas de intubación, Farmacología y utilización de medicamentos en la reanimación avanzada, Manejo del Cardio Desfibrilador, Síndromes coronarios agudos, Abordaje al paciente con evento cerebro vascular, Cuatro ritmos de paro y abordaje con Software interactivo, Manejo del diagnóstico diferencial, código azul, talleres prácticos y software.
Basado en las guías de resucitación cardiopulmonar del comité nacional y de los comités internacionales de reanimación cardiopulmonar guías 2015, de acuerdo con lo que se exige la resolución 2003 del 2014 para el personal del equipo de salud.

BRAYAN KAVIR ALZATE
C.C. 1.024.523.790
COORDINADOR OPERATIVO
ENTRENADOR MÉDICO BLS-ACLS

ALEJANDRO ARGUELLO ARÉVALO
C.C. . 80.076.323
GERENTE CIENTÍFICO
ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

HULIZAY PAOLA ALZATE
C.C. 52.837.972
DIRECTOR MÉDICO
ENTRENADOR MÉDICO BLS-ACLS

GRUPO ELITE SALUD
GRUPO DE ENTRENAMIENTO LIDER EN RESCATE TRAUMA Y EDUCACION EN SALUD

NIT. 830138836-5

Certifica que:

JUAN MIGUEL GUTIERREZ MUÑOZ

ASISTIO AL CURSO

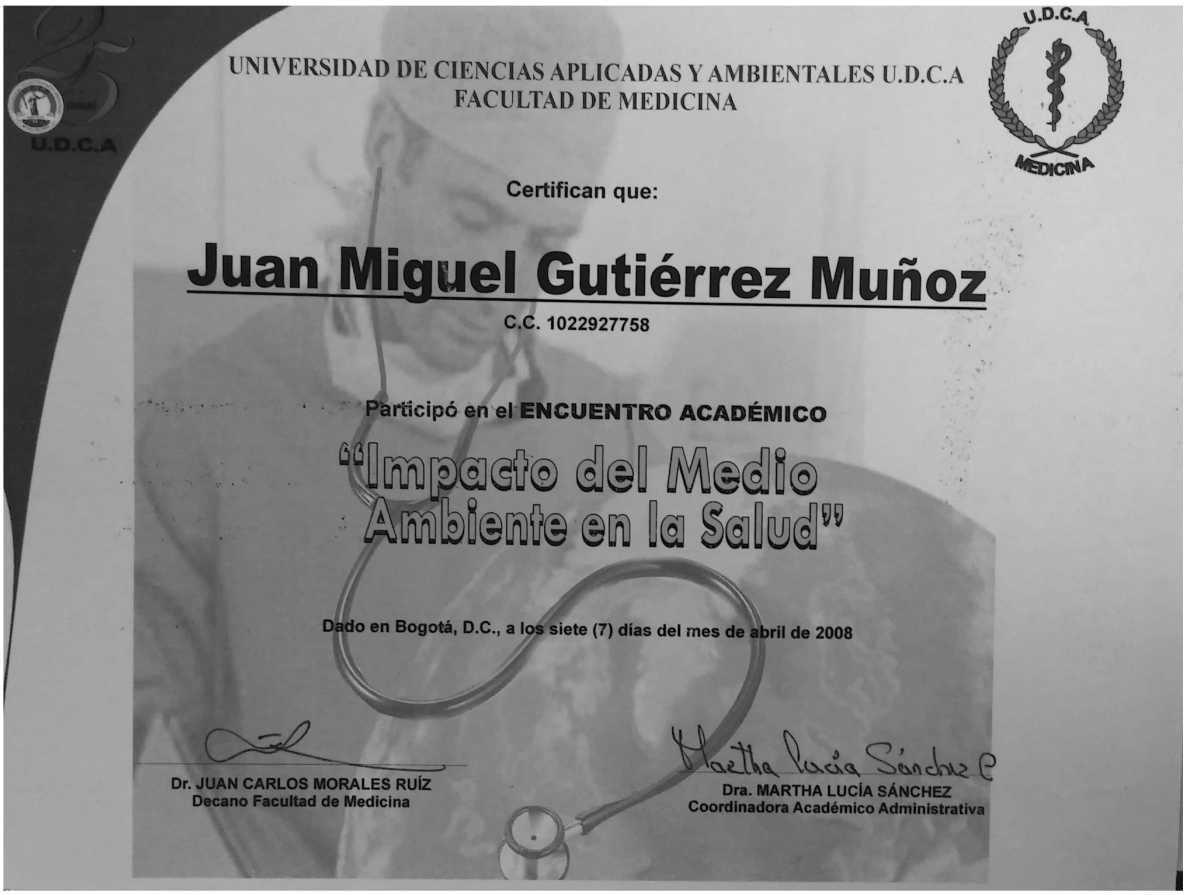
SOPORTE VITAL BASICO BLS (Proveedor) y
SOPORTE VITAL CARDIACO AVANZADO ACLS (Proveedor)
BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION

Realizado en Bogotá los días 17, 18 y 19 de Diciembre de 2014
Otorga Certificación valida por 60 horas de entrenamiento

DIRECTOR DE CURSO

ELITE


U.D.C.A
MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES
U.D.C.A
FACULTAD DE MEDICINA
CERTIFICA QUE:
GUTIERREZ MUÑOZ JUAN MIGUEL
Asistió al I Simposio de Actualización en Manejo de Trauma,
realizado en Bogotá D.C., el día 28 de abril de 2011
Germán Anzola Montero
Rector
Juan Carlos Morales Ruiz
Decano Facultad de Medicina
SAPIENTIA
BOGOTA/COLOMBIA


UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A
FACULTAD DE MEDICINA
U.D.C.A
MEDICINA
U.D.C.A
Certifican que:
Juan Miguel Gutiérrez Muñoz
C.C. 1022927758
Participó en el ENCUENTRO ACADÉMICO
"Impacto del Medio Ambiente en la Salud"
Dado en Bogotá, D.C., a los siete (7) días del mes de abril de 2008
Dr. JUAN CARLOS MORALES RUÍZ
Decano Facultad de Medicina
Martha Lucía Sánchez C
Dra. MARTHA LUCÍA SÁNCHEZ
Coordinadora Académico Administrativa

FUNDACION CLINICA SHAIO

PRIMER CENTRO CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA

EL DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA DE LA FUNDACIÓN CLÍNICA SHAIO

Certifica que:

Juan Miguel Gutierrez Muñoz

Con c.c. No: 1022927758

participó como asistente al

PRIMER SIMPOSIO INTERNACIONAL DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN PEDIATRÍA

Junio 01 de 2013
Bogotá, Colombia

Jaime Franco R

Jaime Franco Rivera
Jefe Departamento Pediatría

SI ES SHAIO... ES CORAZÓN

Diagonal 115A Nº 70C-75 | Bogotá - Colombia | PBX: (57 1) 593 82 10 | Fax: (57 1) 271 49 30 | Email: info@shaio.org | www.shaio.org



República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social

EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
Empresa Social del Estado

Por el control del cáncer

Hace constar que:

Juan Miguel Gutiérrez Muñoz

Participó en el
III SIMPOSIO DE PATOLOGÍA ONCOLÓGICA
Realizado el día 25 de mayo de 2012, con una intensidad de 6 horas en calidad de

ASISTENTE

Como constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., a los 25 días del mes de mayo de 2012
La presente constancia no acredita, ni otorga titulo académico ni profesional alguno.

Doctor Raúl Hernando Murillo Moreno
Director General
Instituto Nacional de Cancerología ESE

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 DEL TALENTO HUMANO FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS	CÓDIGO: AP-TH-FT-014 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-01-16

Bogotá D.C

Señores:

Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Juan Miguel Gutierrez Muñoz 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:

Médico cirujano General

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 1022927708

Tarjeta profesional No: 1022927708.

Dirección de contacto: Kra 14-#139-44.

Teléfono: 3183851417

Scanned by CamScanner

ESE HOSPITAL SAN JOSE

NIT.890.802.961-4

SAMANA - CALDAS

EL GERENTE (E) DE LA ESE HOSPITAL SAN JOSE SAMANÁ - CALDAS

CERTIFICA

Que el Doctor **JUAN MIGUEL GUTIERREZ MUÑOZ,** identificado con la Cedula de Ciudadanía No. **1.022.927.758** de Bogotá, cumplió a satisfacción el Servicio Social Obligatorio en el Área de **MEDICINA** en la ESE Hospital San José Samaná Caldas, desde el día **01 de Enero** hasta el día **31 de Diciembre** del año 2015.

Tipo de vinculación: Contrato por Prestación de Servicios.

Plaza Rural Código: **1766200119011- 6** aprobada por el Ministerio de Salud.

La presente Certificación se expide a solicitud del interesado para trámites de la tarjeta profesional.

Para Constancia se firma en Samaná Caldas, el día Veinte (20) del Mes de Enero del año 2016.

JAIRO ENRIQUE GIRALDO
Gerente (e)

Carrera 9ª N° 4-79 Teléfono 8658003 Telefax 8658763
hsanjosesamana@hotmail.com

Adecco

CERTIFICACIÓN

ADECCO COLOMBIA SA, se permite **CERTIFICAR** que el señor **JUAN MIGUEL GUTIERREZ MUÑOZ**, mayor de edad, identificado(a) con Cédula de Ciudadania número **1022927758** expedida en Bogotá, labora con nosotros como TRABAJADOR EN MISION ante la empresa usuaria FUNDACION HOSPITAL SAN CARLOS, en la ciudad de Bogotá, mediante un contrato Labor Contratada desde el 17/08/2016 .

Que el cargo desempeñado en la actualidad es el de **MEDICO GENERAL** con un sueldo básico mensual de **($2.295.200,00)** MONEDA LEGAL COLOMBIANA..

*** Auxilio Alimentacion (Nov. Fija - No Salarial) (No Salarial): $1.236.000,00**

La presente se expide a solicitud del trabajador dirigida a **A QUIEN INTERESE**, en la ciudad de Bogotá, con fecha jueves, 29 de diciembre de 2016.

ATENTAMENTE

Gloria Susana Ríos
Responsable de Gestión
3259500 Ext 130-128
gloria.rios@adecco.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.927.758**

GUTIERREZ MUÑOZ
APELLIDOS

JUAN MIGUEL
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-AGO-1986**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-SEP-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500105-47155221-M-1022927758-20070904 **00937** 07247C 02 214937925

Scanned by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto 01 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14322558016

(415)7707212489984(8020) 000001432255801 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1022927758 — 4

6. DV

12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá: 32

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de ciudadanía 13	1022927758	20040930

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUTIERREZ	MUÑOZ	JUAN	MIGUEL

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CR 14 139 44 SUR BRR USME

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
juanmedic29@gmail.com		7660125	3183851417

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
8621	20141215						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

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: 20141215

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: Ximena Ramírez R

984. Nombre: RAMIREZ RANGEL XIMENA DEL PILAR

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 15-12-2014 11:59:38AM

DOCUMENTO NO CERTIFICADO SIN COSTO

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 29-12-2016
Hora: 8:39:20 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1022927758-4 JUAN MIGUEL GUTIERREZ MUÑOZ

Información

Dirección	CR 14 139 44 SUR
Teléfonos	7660125-3183851417
Dirección	juanmedic29@gmail.com
Fax	

Información de

Fecha Inscripción	29/12/2016
Soporte Inscripción	22965178
Fecha Inicio Actividades	15/12/2014
# Establecimientos:	0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica	PERSONA NATURAL
Régimen Tributario	REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase



NÚMERO 1022927758

APELLIDOS Y NOMBRES

GUTIERREZ MUÑOZ

JUAN MIGUEL

PERTENECE AL EJÉRCITO DE:

1ª LÍNEA 31 - DIC	2ª LÍNEA 31 - DIC	3ª LÍNEA 31 - DIC
2016	2026	2036

PROFESIÓN **BACHILLER**

FECHA DE EXP.: **29-AGO-2007**

CDTE. DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa.
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.

2. En caso de convocatoria de reservas, 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.

Scanned by CamScanner

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

JUAN MIGUEL GUTIERREZ MUÑOZ

C.C o C.E. **1022927758**



Profesión u Ocupación

MEDICO CIRUJANO

Especialidad

Institución de Educación

U.D.C.A.

Ciudad **BOGOTA D.C.**

Fecha de expedición diploma **11/12/2014**

Fecha de inscripción RETHUS **15/06/2016**

COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

CMC

Scanned by CamScanner

ESE HOSPITAL SAN JOSE

NIT.890.802.961-4

SAMANA - CALDAS

EL GERENTE (E) DE LA ESE HOSPITAL SAN JOSE SAMANÁ - CALDAS

CERTIFICA

Que el Doctor **JUAN MIGUEL GUTIERREZ MUÑOZ,** identificado con la Cedula de Ciudadanía No. **1.022.927.758** de Bogotá, cumplió a satisfacción el Servicio Social Obligatorio en el Área de **MEDICINA** en la ESE Hospital San José Samaná Caldas, desde el día **01 de Enero** hasta el día **31 de Diciembre** del año 2015.

Tipo de vinculación: Contrato por Prestación de Servicios.

Plaza Rural Código: **1766200119011- 6** aprobada por el Ministerio de Salud.

La presente Certificación se expide a solicitud del interesado para trámites de la tarjeta profesional.

Para Constancia se firma en Samaná Caldas, el día Veinte (20) del Mes de Enero del año 2016.

JAIRO ENRIQUE GIRALDO
Gerente (e)

7-13-17

Carrera 9ª N° 4-79 Teléfono 8658003 Telefax 8658763
hsanjosesamana@hotmail.com

Scanned by CamScanner

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación * Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación * 1022927758

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-12→9:20:32 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1022927758	JUAN	MIGUEL	GUTIRREZ	MUÑOZ	Ver

Información Detallada [CC: 1022927758] JUAN MIGUEL GUTIRREZ MUÑOZ

2018-12-12→9:20:32 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	MEDICINA	2016/5/21	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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 de Etica Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

c-4914

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Ética Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Ética Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **JUAN MIGUEL GUTIERREZ MUÑOZ,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1.022.927.758 de Bogotá y T.P. o R.M. No. 1022927758 del(a) Colegio Médico Colombiano, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los cinco (5) días del mes de diciembre de dos mil diecisiete (2017) a solicitud del(a) interesado(a).

FRANCISCO JAVIER HENAO PEREZ MD.
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

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

Scanned by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	03 Abril 2013	012N1021 Oct /13	HSLE [illegible] Mae
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	10-07-10		
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza		08 Abril 2013	6CC046N27 Oct 13.	H [illegible]
Virus de Papiloma Humano				
dTPa celular		03 abril /13	AC37064AA	H. [illegible]

	DOSIS	LOTE	APLICADA EL:	SELLO
HEPATITIS B	1		10 JUL 2010	PROTEGER BIO-CENTER LTDA
	2		13 ENE 2011	PROTEGER C.O.CENTER LTDA
	3		07 MAR 2011	PROTEGER BIO-CENTER LTDA
	REF		05 SEP 2011	PROTEGER BIO-CENTER LTDA
HEPATITIS A	1			
	2			
FIEBRE TIFOIDEA				

	DOSIS	LOTE	APLICADA EL:	SELLO
TETANOS DIFTERIA	1		10 JUL 2010	PROTEGER BIO-CENTER LTDA
	2		13 ENE 2011	PROTEGER C.O.CENTER LTDA
	3		05 SEP 2011	PROTEGER BIO-CENTER LTDA
	REF			
	REF			
VARICELA				

M.M.R (TRIPLE VIRAL) RUBEOLA - PAPERAS - SARAMPION

ANTIRRABICA

NEUMO

Scanned by CamScanner

- MEDICINA GENERAL
- MEDICINA ESPECIALIZADA
- MEDICINA ALTERNATIVA
- CONTROL MÉDICO
- LABORATORIO CLÍNICO
- CURSO MANIP. ALIMENTOS
- ECOGRAFÍAS 3D y 4D
- RAYOS X
- ODONTOLOGÍA GENERAL
- ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA
- SALUD OCUPACIONAL
- ELECTROENCEFALOGRAMAS
- ELECTROCARDIOGRAMAS

IPS La Gloria S.A.S

"Servicios médicos particulares con tarifas sociales"

EXAMEN MEDICO DE APTITUP PRE- OCUPACIONAL

PREEMPLEO [X] PERIODICO [ ] RETIR O [ ]

FECHA: ENERO 03 2017 EMPRESA: A QUIEN INTERESE

NOMBRE Y APELLIDO: JUAN MIGUEL GUTIERREZ MUÑOZ CARGO: MEDICO CIRUJANO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 1.022.927.758 EDAD: 30 AÑOS SEXO M [X] F [ ]

DIRECCION: CARRERA 3 N° 139 – 14 SUR

- [X] APTO
- [ ] APTO: PARA LABORAR EN EL SUELO
- [ ] APTO: CON RESTRINCCIONES QUE NO INTERVIENEN EN EL TRABAJO
- [ ] APTO: CON RESTRINCCIONES QUE INTERVIENEN EN EL TRABAJO
- [ ] NO APTO
- [ ] APLAZADO
- [ ] SATISFACTORIO
- [ ] NO SATISFACTORIO
- [ ] SISTEMA OSTEOMUSCULAR [ ] NORMAL [ ] ANORMAL

RECOMENDACIONES Y/ O RESTRICCIONES:

- [X] *HIGIENE POSTURAL*
- [X] *ESTIRAMIENTO MUSCULAR*
- [ ] *GIMNASIA AEROBICA DIARIA*
- [ ] *USAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL*
- [ ] *NO LLEVAR CARGAR SUPERIORES A _____ KG.*
- [X] *PAUSAS ACTIVAS*
- [ ] *REDUCIR PERIMETRO ABDOMINAL*
- [ ] *NO FUMAR*
- [X] *USAR LENTES RECETADOS*
- [ ] *USAR MEDIAS VARICES*
- [ ] INCLUIR AL PROGRAMA DE VIGILANCIA Y EPIDEMIOLOGIA _____
- [ ] REMISION A EPS (IPS) _____
- [ ] CONTROL CON INFORME DE _____

Dr. Alexander Duran M.
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Res. 1024 / 02-02-12

FIRMA Y SELLO DELMEDICO

1022927758

FIRMA DEL TRABAJADOR

Calle 34 N° 15-51 - Teusaquillo • Tels.: 245 8309 - 340 2120 - 245 8409 - 288 5296
Cel.: 312 571 0572 • laglorialtda@hotmail.com • Bogotá, D.C. - Colombia

Scanned by CamScanner

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

JUAN MIGUEL GUTIERREZ MUÑOZ

C.C.: 1022927758

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Junio de 2017

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

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

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

ALIANZA
CENTRO DE ENTRENAMIENTO
EN EMERGENCIAS

ALIANZA CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS

en asociación con

PUBLIGESTIÓN & SALUD OCUPACIONAL EU

| Resolución No. 3060 / 2006 Secretaría de Salud de Cundinamarca |

Certifica que:

JUAN MIGUEL GUTIERREZ MUÑOZ

CC.1022927758

Asistió al:

CURSO "B.L.S. BASIC LIFE SUPPORT"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, CUNDINAMARCA, EL DÍA 24 DE NOVIEMBRE DE 2018

DURACIÓN 20 HORAS, CURSO BASADO EN LAS GUÍAS DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR DEL COMITÉ NACIONAL Y DE LOS COMITÉS INTERNACIONALES DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. GUÍAS 2015, DE ACUERDO CON LO QUE SE EXIGE LA RESOLUCIÓN 2003 DEL 2014 PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.

| Resolución No. 3060 / 2006 Secretaría de Salud de Cundinamarca |

FECHA DE RENOVACIÓN NOVIEMBRE 2020

BRAYAN KAVIR ALZATE
C.C. 1.024.523.790
COORDINADOR OPERATIVO
ENTRENADOR MÉDICO BLS-ACLS

ALEJANDRO ARGUELLO ARÉVALO
C.C. . 80.076.323
GERENTE CIENTÍFICO
ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

HULIZAY PAOLA ALZATE
C.C. 52.837.972
DIRECTOR MÉDICO
ENTRENADOR MÉDICO BLS-ACLS

www.alianzacee.com
Tel: 6057272 Ext 101 | Cel: 301 6555707
Cr 15 Bis 39A-27 | Bogotá D.C.

Scanned by CamScanner

ALIANZA
CENTRO DE ENTRENAMIENTO
EN EMERGENCIAS

ALIANZA CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS
en asociación con
PUBLIGESTIÓN & SALUD OCUPACIONAL EU
| Resolución No. 3060 / 2006 Secretaría de Salud de Cundinamarca |

Certifica que:

JUAN MIGUEL GUTIERREZ MUÑOZ

CC.1022927758

Asistió al:

CURSO "A.C.L.S. ADVANCE CARDIAC LIFE SUPPORT"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, CUNDINAMARCA, EL DÍA 24 DE NOVIEMBRE DE 2018

DURACIÓN 48 HORAS, CURSO BASADO EN LAS GUÍAS DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR DEL COMITÉ NACIONAL Y DE LOS COMITÉS INTERNACIONALES DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. GUÍAS 2015, DE ACUERDO CON LO QUE SE EXIGE LA RESOLUCIÓN 2003 DEL 2014 PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
TEMARIO: REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y VÍA AEREA AVANZADA, ECV, SCA, RITMOS DE PARO, MANEJO DEL DESFIBRILADOR, CÓDIGO AZUL, TALLER DE HABILIDADES Y SOFTWARE

FECHA DE RENOVACIÓN NOVIEMBRE 2020

BRAYAN KAVIR ALZATE
C.C. 1.024.523.790
COORDINADOR OPERATIVO
ENTRENADOR MÉDICO BLS-ACLS

ALEJANDRO ARGUELLO ARÉVALO
C.C. . 80.076.323
GERENTE CIENTÍFICO
ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

HULIZAY PAOLA ALZATE
C.C. 52.837.972
DIRECTOR MÉDICO
ENTRENADOR MÉDICO BLS-ACLS

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:	2018-12-15	CIUDAD:	BOGOTA D.C	DEPARTAMENTO:	BOGOTA D.C

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
GUTIERREZ	MUÑOZ	JUAN	MIGUEL		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☒	C.E ☐	R.C ☐	NUIP ☐	1022927758	BOGOTA D.C	30 SEPTIMEBRE 2004
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1986-08-29	BOGOTA D.C	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) ☒	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐		4	0	3103702562

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
K 14 139 44 SUR	BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIA	7660125

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
juanmedic29@gmail.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:	PRESTACION SERVICO SALUD COMO MEDICO URGENCIAS RED CENTRO ORIENTE
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐		

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUB RED CENTRO ORIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA							# NIT	9.009.590.517
GOBIERNO [ ]	SERVICIOS [ ]	SALUD [X]						
EXPORTACIONES [ ]	AGRICOLA [ ]	ENERGETICA [ ]	FINANCIERA [ ]	TRANSPORTE [ ]	TECNOLOGIA [ ]	ALIMENTOS [ ]	MEDICAMENTOS [ ]	
OTRA [ ]	CUAL:							

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIAGONAL 34 N 3 43	3649666	BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	MEDICO GENERAL URGENCIAS	FECHA VINCULACION	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	$ 1.900.000	AHORROS	$ 15.000.000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$ 5.500.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	$ 190.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	$ 55.000.000	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 350.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	$ 30.000.000
TOTAL INGRESOS	**$ 5.500.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 2.250.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 70.000.000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 30.190.000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
	CREDITO ICETEX CUOTA MES - APORTE FAMILIAR	NO	CREDITO ICETEX

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
ALBA	TORRES	OWEN	OMAR
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
KRA 8 3 74 APT 301	BOGOTA	AMIGO	3183728506

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO AGRARIO	CUTA AHORROS	41853008017-1	SAMANA	NO HAY

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [X]

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIAS [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] OTRA [ ] **CUAL:**

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

HONORARIOS ACTIVIDAD MEDICA PRESTACION SERVICOS SALUD

Scanned by CamScanner

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.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del 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 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 los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude ***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

1022927758

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Scanned by CamScanner

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JUAN MIGUEL GUTIERREZ MUÑOZ identificado(a) con CC 1022927758 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/01/2015**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE SAMANA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 11 días del mes de diciembre del año 2018 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



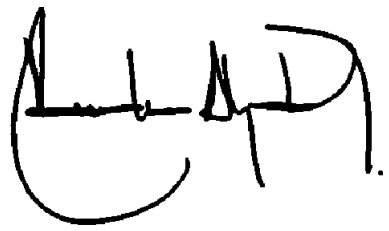
Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JUAN MIGUEL GUTIERREZ MUÑOZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,022,927,758**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

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



_____
Gerente de Clientes

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1022927758	BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

JUAN	MIGUEL	GUTIERREZ	MUÑOZ
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

29/08/1986	BOGOTA	KRA 14 139 44 S	7660125
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

NUEVA EPS	PORVENIR	$5.000.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

MEDICO GENERAL URGENCIAS	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

Juanmedic 29@6mail.com	3103702562
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

SEGUROS BOLÍVAR

Consultas > Consulta Publica ARL > Afiliación trabajador

CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese la información solicitada.

** Campos obligatorios*

Tipo de Documento *

Número de Documento *

La persona identificada con CC-1022927758 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar



Confirmar imagen *

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119054138

WEB
12:12:59

Bogotá DC, 11 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JUAN MIGUEL GUTIERREZ MUÑOZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1022927758:

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 martes 11 de diciembre de 2018, a las 12:17:52, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1022927758
Código de Verificación	1022927758181211121752

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. 2602768

Bogotá D.C., 11 de Diciembre de 2018 - 12:22 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 VEINTIDOS MILLONES NOVECIENTOS VEINTISIETE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO**

1022927758

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_YS9ND_2112
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 12:15:12 horas del 11/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1022927758**
Apellidos y Nombres: **GUTIERREZ MUÑOZ JUAN MIGUEL**

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

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

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

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

Banco Agrario de Colombia
El Banco que hace crecer el campo

Nit : 800.037.800-8

CERTIFICACION

El Banco Agrario de Colombia, certifica que: GUTIERREZ MUÑOZ JUAN MIGUEL, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1022927758, se encuentra vinculado(a) con nuestra entidad en el producto de: AHO - CUENTAS AHORROS, número 4-185-30-08017-4, con una antigüedad de TRES (3) año(s).

Se expide en BOGOTA, D.C., a los veinte y cuatro (24) días del mes de octubre de 2018, con destino a: NUEVA EPS

Banco Agrario de Colombia
OF. RESTREPO-BOGOTA
FIRMA AUTORIZADA

DIRECTOR (A) OFICINA

Scanned by CamScanner