

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 22:36:59
ERLEY MONTERO CAIZA



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

Escritorio → Menú → **Administración de contratos**

Id de página:: 23000629 Ayuda

Volver | Últimas modificaciones | Todos | Seleccione

Buscar contrato

Buscar | (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado	
188983	PS 0148 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)*	ERLEY MONTERO CAIZA	17.278.800 COP	Firmado	Detalle

OPCIONES

VER

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

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 11-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MONTERO	CAIZA	ERLEY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1013581568

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 1013581568 D.M 51

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 21 MES JUL AÑO 1986

PAÍS Colombia

DEPTO Nariño

CIUDAD Belén

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 14 BIS # 3-32 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 9253187

EMAIL emontero.ips.hco@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2011
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	3	X		TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	2009	1013581568

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 11-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: USS CENTRO ORIENTE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3444484	*FECHA DE INGRESO*: DIA 29 MES 7 AÑO 2014	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: ASISTENCIAL	*DIRECCIÓN*: CARRERA 4 A ESTE No. 5 20	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CUIDARTE TU SALUD	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 6385900	*FECHA DE INGRESO*: DIA 17 MES 2 AÑO 2012	*FECHA DE RETIRO*: DIA 21 MES 7 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: ASISTENCIAL	*DIRECCIÓN*: AVENIDA CALLE 63 No. 69F 26	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CENTRO DE SALUD BELEN	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Nariño	*MUNICIPIO*: Belén	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: (2) 7440191	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 7 AÑO 2010	*FECHA DE RETIRO*: DIA 29 MES 7 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMRIA	*DEPENDENCIA*: ASISTENCIAL	*DIRECCIÓN*: ZONA RURAL SIN DIRECCION	

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	5	5
PRIVADO	2	5

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 11-dic-2018

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	7	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 12-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ERLEY MONTERO CAIZA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1013581568 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CARRERA 14 BIS # 3-32 SUR **Teléfonos** 3104696461 9253187

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JAIME JAVIER MONTERO BENAVIDES	19130625	PADRE
MARIA CARMEN CAIZA ASTAIZA	27278809	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	$ 1.524.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 800.000,00
ARRIENDOS	$ 600.000,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 2.924.000,00

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	074116740	AGUAS	$ 150.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
OTRO	MOTOCICLETA	$ 5.500.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
SUSTENTOMENSUAL	ALIMENTACION	$ 200.000,00
TRANSPORTE	MENSUAL	$ 100.000,00

SEGURIDAD SOCIAL	MENSUAL	$ 240.000,00
ARRIENDO APARTAMENTO	MENSUAL	$ 600.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 12-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia
y en su nombre el

Colegio
Gustavo Rojas Pinilla

Programa Educación Abierta y a Distancia
Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D. C.,
Según Resolución No. 1164 del 10 de Febrero de 1997

Confiere a

Montero Caiza Erley

C.C. 1.013.581.568 Belén (Nariño)

El Título de

Bachiller Académico

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

Rector

Secretaria

Libro de Registro No. II

Acta No. 31 Folio No. 96

Dado en Bogotá, D. C., A los días del mes de Diciembre del año 2011

COLEGIO GUSTAVO ROJAS PINILLA
PROGRAMA DE EDUCACIÓN ABIERTA Y A DISTANCIA

INSCRIPCIÓN S. E. 01096 Agosto 12/96
DANE 311001076545

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Bogotá, D. C., a los Dos (02) días del mes de Diciembre del año 2011 se reunieron, con el fin de formalizar la Graduación de los alumnos(as), de último grado, los suscritos Rector y Secretaria, en la Rectoría del **«COLEGIO GUSTAVO ROJAS PINILLA», Programa de Educación Abierta y a Distancia** Institución aprobada hasta Undécimo en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación D. C., para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución No. 1164 del 10 de Febrero de 1997.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos(as), que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el Título de:

BACHILLER ACADÉMICO

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

Montero Caiza Erley

C.C. 1.013.581.568 Belén (Nariño)

Es fiel copia tomada del Acta Original General de Grado No. 31 Folio No. 95 de fecha 03 de Diciembre de 2011 que consta de siete (07) alumnos(as); que comienza con el nombre de **BETANCOURTH SALAZAR LUISA FERNANDA** y se cierra con el nombre de **VEGA BRAUSIN BAYRON.**

Firmada por:
NAHUN OMAR QUINTERO CHIA — Rector y
DIANA CATALINA ALVARADO FRANCO — Secretaria

Dado en Bogotá, D. C., a los 02 días del mes de Diciembre del año 2011

FIRMADA Y SELLADA

Rector

NAHUN OMAR QUINTERO CHIA
C. C. No. 13.492.143 de Cúcuta

Secretaria

DIANA CATALINA ALVARADO FRANCO
C. C. No. 1.018.417.526 de Bogotá

Diploma No. 04

Nota: Según Decreto No. 1024 del 15 de Abril de 1982. No requiere autenticación de firmas

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN NO FORMAL

Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999, Emanado Ministerio de Salud
Autorización Oficial Según Resolución No. 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada
Secretaria de Educación De Bogota.

CONFIERE A:

ERLEY MONTERO CAIZA

C.C.1.013.581.568 DE BOGOTA D.C.

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

AUXILIAR DE ENFERMERIA

DURACIÓN 1800 HORAS

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
FUSDESA
DIRECTOR ACADEMICO

LILA YANETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
"FUSLIN S.A."

NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA

Dado en Bogotá, D.C. a los 17 Días del Mes de Diciembre de 2009
Anotado en el Folio 9067 del libro 05 del Registro de FUSDESA

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN NO FORMAL

Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999,Emanado Ministerio de Salud, Autorización Oficial Según Resolución N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada Secretaria de Educación De Bogotá.

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 022

ACTA INDIVIDUAL N° 9067

En Bogotá D.C. a los 17 días del Mes de Diciembre de 2009, **E R L E Y M O N T E R O C A I Z A ,** Identificado con Cedula de Ciudadania N° 1.013.581.568 de Bogotá, Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, con una intensidad de 1800 horas, y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL.**

Anotado en el Folio 9067 del Libro 05 del Registro de FUSDESA

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
FUSDESA
DIRECTOR ACADEMICO

LILA YANETH CICUA RAMÍREZ
DIRECTORA ACADÉMICA

SOCORRISTAS FUNDACION DE DESARROLLO Y ACCION FUSDESA

NANCY GALINDO GÓMEZ
SECRETARIA ACADEMICA

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

LABORATORIO CLINICO, TOXICOLOGIA Y SERVICIO TRANSFUSIONAL REDCO

Hace constar que:

ERLEY MONTERO CAIZA

Participo en la capacitación-taller en:

TOMA DE MUESTRA

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

Intensidad dos (2) horas

Esta certificación se firma a los 14 (catorce) días del mes de septiembre de 2016.

NUBIA INES VARELA MORATO
Referente laboratorio clínico
Toxicología y servicio transfusional

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Bogotá D.C

Señores:

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION FUSDESA
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, ERLEY MONTERO CAIZA 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:

TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 1013581568

Tarjeta profesional No: 1013581568

Dirección de contacto: KRA14 BIS # 3-32 SUR

Teléfono: 3104696461

Cuidarte Tu Salud sas
BIENESTAR Y VIDA
NIT. 900.241.765 - 4

A QUIEN INTERESE

CUIDARTE TU SALUD S.A.S.

NIT. 900.241.765-4

CERTIFICA QUE

El señor ERLEY MONTERO CAIZA identificado con c.c 1.013.581.568 de Bogota; laboro en esta institución con el cargo de Auxiliar de Enfermería en el área asistencial a partir del día (17) de Febrero de 2012 y hasta el día (20) de julio del año 2014, desempeñándose de forma efectiva en sus labores asignadas.

Esta constancia se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de julio de 2014.

Cordialmente,

Cuidarte Tu Salud sas
NIT. 900241765 - 4
TALENTO HUMANO
FIRMA:

SANDRA C. BARRAGAN

Directora Talento Humano

Elaborado por

Adriana Pacasira Auxiliar Talento Humano

CENTRO DE SLUD BELEN
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
NIT. 814001677-3
BELEN NARIÑO

LA SUSCRITA GERENTE DEL CENTRO DE SALUD BELEN ESE

HACE CONSTAR

Que **ERLEY MONTERO CAIZA** , identificado con cedula de ciudadania No. 1.013.581.568 expedida en Bogota, laboró en esta institucion como Auxiliar de Enfermeria a partir de 01 de julio de 2010 hasta el dia 29 de julio de 2011, desempeñandose en su trabajo con responsabilidad y en forma eficiente, teniendo uan aceptacion total de sus directivosy compañeros de trabajo.

En constancia se firma en Belen Nariño, a los 29 dias del mes de julio de 2011.

Cristina Solarte Ordoñez.

CRISTINA SOLARTE ORDOÑEZ
Gerente del centro de Salud Belén ESE


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.013.581.568
MONTERO CAIZA
APELLIDOS
ERLEY
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 21-JUL-1986
BELEN
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
13-SEP-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00017981-M-1013581568-20080627
0000669325A 1
1300004827

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14494147155

(415)7707212489984(8020) 000001449414715 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1013581568	1	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 13	1013581568	2004 09 13

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
MONTERO	CAIZA	ERLEY	

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 12 B 3 SUR 69

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
gothiker17@hotmail.com		3104696461	9253187

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
8692	2010 09 08						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2018 12 11

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 MONTERO CAIZA ERLEY
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 07-11-2018
Hora: 7:46:39 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1013581568-1 ERLEY MONTERO CAIZA

Información General

Dirección KR 12B 3 69 APTO 202

Teléfonos 3104696461

Dirección electrónica gothiker17@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 04/01/2017

Soporte Inscripción 16076200

Fecha Inicio Actividades 08/09/2010

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

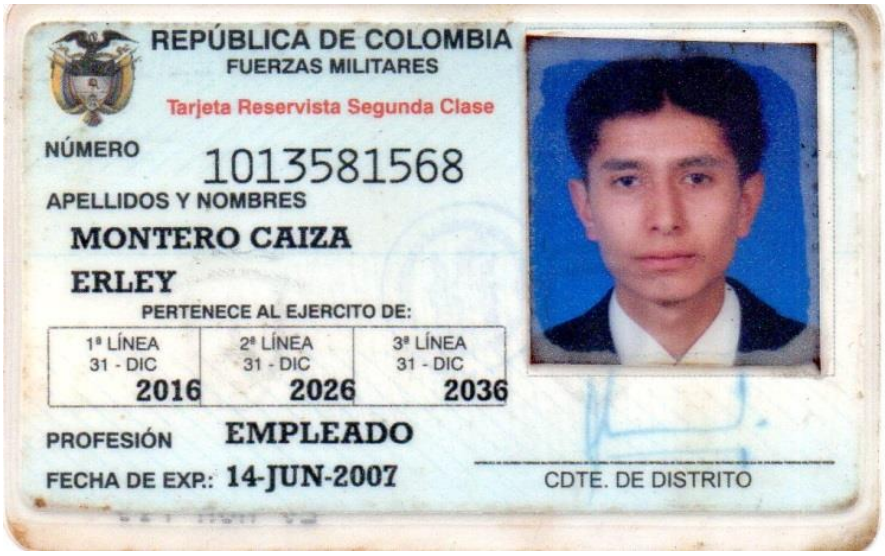
Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17001526841

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO 1013581568

APELLIDOS Y NOMBRES

MONTERO CAIZA

ERLEY

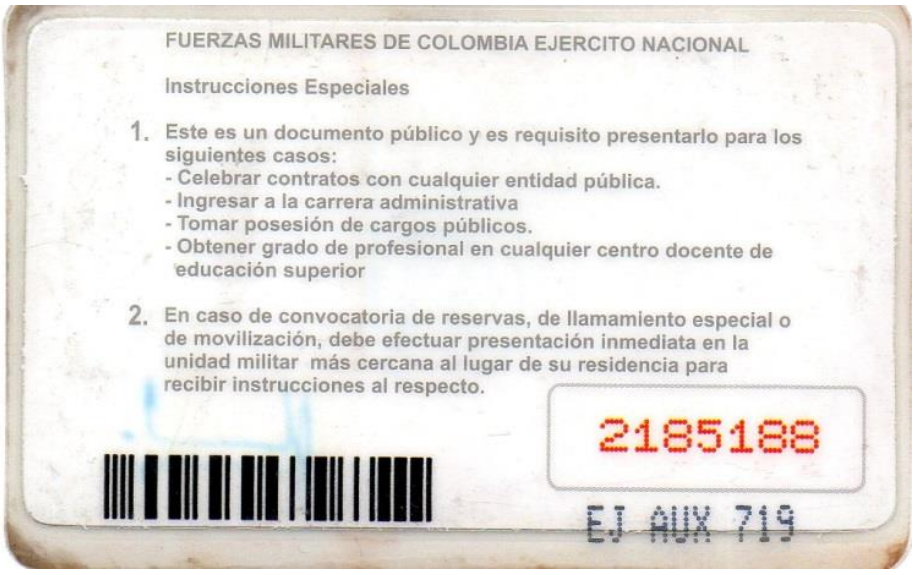
PERTENECE AL EJERCITO DE:

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

PROFESIÓN EMPLEADO

FECHA DE EXP.: 14-JUN-2007

CDTE. DE DISTRITO



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO 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.

2185188

EJ AUX 719


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARIA DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
ERLEY
MONTERO CAIZA
C.C. 1013581568
AUXILIAR DE ENFERMERIA
Expedicion 23/01/2012


IDentico S.A.
COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA
ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 4249 de 07/04/2010

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MONTERO CAIZA ERLEY Identificado(a) con CC número 1013581568 expedida en BOGOTA D C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION ESCUELA DE SALUD FUSDESA el día 17/12/2009 y registrado en el libro 5 Folio 9067 año 2009
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a MONTERO CAIZA ERLEY identificado(a) con CC número 1013581568 expedida en BOGOTA D C para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

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

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

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **07/04/2010**

ORIGINAL
Dr. Hermán Redonto
Director de Desarrollo de Servicios de Salud

HERMAN REDONDO GÓMEZ.
Director de Desarrollo de Servicios.

Elaboro : Víctor Sánchez
Reviso : Yudy Rodríguez.

Bogotá, D.C_____
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) _____
CC. # _____

Firma

Cédula de Ciudadanía | 1013581568 | Erley

Primer Apellido *

Montero

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-11→11:21:41 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1013581568	ERLEY		MONTERO	CAIZA	Ver

Información Detallada [CC: 1013581568] ERLEY MONTERO CAIZA

2018-12-11→11:21:41 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2010/4/07	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

HOSPITAL CENTRO ORIENTE

SEDE JORGE ELIECER GAITAN

A.R.L. SURA

Bogotá, Septiembre 01 de 2015

ANALISIS REALIZADO :

HEPATITIS B, Anti - HBs

METODO : Quimioluminiscencia

Titulos Anticuerpos HBs			
Menor de		10	mUI/mL
10	-	100	mUI/mL
100	-	1000	mUI/mL
1000	-	10000	mUI/mL
Mayor de		10000	mUI/mL

Tiempo de Protección	
Es necesario vacunar o aplicar refuerzo	
6	meses
2	años
3 - 5	años
6	años
Después de 6 años aplicar dosis de refuerzo	

CONS	NOMBRE	CEDULA	EDAD	SEXO	Anti-HBs mUI/mL
1	ALMANZA ALARCON WENDY JANITHSE	1.023.900.664	24	F	> 2000
2	ALVAREZ JUAN CARLOS	92.530.569	37	M	13,8
3	BAQUERO GUTIERREZ JOHN EDISSON	9.737.361	32	M	56,9
4	BERNAL CAMPOS DIANA ROCIO	52.827.978	35	F	5,8
5	BRICEÑO JUDITH	41.777.200	55	F	50,2
6	CADENA GALINDO INDIRA LORENA	39.463.209	31	F	35,3
7	CASTRO CORONADO LUZ ARGENIS	1.045.673.258	27	F	177,0
8	ESTRADA GOMEZ MARTHA ELENA	39.688.645	52	F	64,4
9	FAJARDO ANGULO NELCY	52.306.909	37	F	> 2000
10	FAJARDO FRANCISCO	79.316.701	51	M	> 2000
11	FAJARDO MUNAR HOLLMAN MAURICIO	1.018.411.008	28	M	432,0
12	GAITAN BAQUERO LUZ NELLY	39.758.222	44	F	> 2000
13	GARCIA PORRAS NANCY	52.315.155	38	F	> 2000
14	GARZON MIRYAN ANDREA	52.231.538	39	F	94,2
15	GOMEZ MARTINEZ MAIRA ALEJANDRA	1.030.654.260	20	F	> 2000
16	GUERRERO RUEDA AURA VIVIANA	63.499.808	40	F	61,4
17	GUTIERREZ BERNAL JENNY GISELA	52.889.034	32	F	548,0
18	GUTIERREZ LEON JULIO CESAR	1.120.564.856	27	M	134,0
19	HOTOS RUIZ DAISY	52.882.640	34	F	4,6
20	LANDINEZ EDDYTH ROCIO	52.857.561	33	F	1058,0
21	LOPEZ MUÑOZ ASCENCION	52.063.690	42	F	1026,0
22	MAHECHA FAJARDO LUZ MIRIAM	20.698.997	52	F	856,0
23	MANTILLA GALVIS SANDRA	60.366.654	40	F	556,0
24	MELO QUNTERO FABIO	88.220.469	39	M	17,8
25	MERCADO PASCUALES LILIBETH	64.740.625	41	F	1954,0
26	MOCA HURTADO JULY ANDREA	1.026.556.015	27	F	247,0
27	MONCAYO CERON BIBIANA PATRICIA	1.014.186.003	28	F	74,1
28	MONTERO CAIZA ERLEY	1.013.581.568	24	M	> 2000
29	MOQUE RUIZ PAULA ANDREA	1.010.176.606	27	F	257,0
30	MORALES LAMOS DEISI XIOMARA	37.398.013	31	F	15,3
31	MORENO VARGAS YULY PAOLA	53.168.016	30	F	170,0
32	MUÑOZ MARIN YANETH	65.716.991	41	F	92,3
33	MUÑOZ TORRES BENJAMIN	19.315.871	58	M	219,0
34	NAVARRO MELO ALICIA	41.770.445	57	F	< 3,0
35	ORTIZ SANTOS MONICA YISET	1.013.644.298	21	F	> 2000
36	OSORIO RAMIREZ ANGELA YURIETH	1.023.918.327	22	F	7,7
37	PINTO GLORIA ANGELA	28.280.740	41	F	1142,0
38	PRECIADO MOTTA MARIBEL	51.779.238	52	F	483,0
39	REYES SALAZAR JAVIER	5.937.671	48	M	1576,0
40	RIOS CAMACHO GINA	51.937.139	46	F	> 2000
41	RIVERA CASTRO PAOLA MILENA	1.030.546.538	27	F	130,0
42	RODRIGUEZ PUERTO YESICA VIVIANA	1.010.203.949	22	F	> 2000

HOSPITAL CENTRO ORIENTE

SEDE JORGE ELIECER GAITAN

A.R.L. SURA

Bogotá, Septiembre 01 de 2015

ANALISIS REALIZADO :

HEPATITIS B, Anti - HBs

METODO : Quimioluminiscencia

Titulos Anticuerpos HBs			
Menor de		10	mUI/mL
10	-	100	mUI/mL
100	-	1000	mUI/mL
1000	-	10000	mUI/mL
Mayor de		10000	mUI/mL

Tiempo de Protección	
Es necesario vacunar o aplicar refuerzo	
6	meses
2	años
3 - 5	años
6	años
Después de 6 años aplicar dosis de refuerzo	

CONS	NOMBRE	CEDULA	EDAD	SEXO	Anti-HBs mUI/mL
43	RODRIGUEZ QUEVEDO YOLANDA	35.455.838	58	F	11,4
44	ROJAS JIMENEZ CLAUDIA	52.744.469	32	F	53,5
45	ROMERO IGLESIAS MILENA JUDITH	22.571.206	30	F	241,0
46	ROMERO LOPEZ LILIANA	37.294.040	32	F	6,8
47	SALAMANCA PARRA EDWIN GIOVANNY	79.791.206	38	M	200,0
48	SALCEDO GUIO LUZ MARINA	52.208.149	40	F	> 2000
49	SANTEFE GIL MARIA ALEJANDRA	1.030.562.383	25	M	170,0
50	SUAREZ TORRES MARCELA	1.012.379.217	24	F	145,0
51	TORRES BAQUERO NAZLY	20.476.981	31	F	> 2000
52	TRUJILLO GRISALES NORMA TATIANA	53.007.707	32	F	> 2000
53	VELA GUERRERO CARMEN ROCIO	51.851.259	50	F	> 2000
54	VILLEGAS ISABEL CRISTINA	52.176.091	41	F	973,0



LABINTOX S.A.S.
Lic. S. Ocup. 12960
Jeannette Garcia Leon
TP.39562412

HOSPITAL CENTRO ORIENTE

SEDE PERSEVERANCIA

A.R.L. SURA

Bogotá, Septiembre 02 de 2015

ANALISIS REALIZADO :

HEPATITIS B, Anti - HBs

METODO : Quimioluminiscencia

Titulos Anticuerpos HBs			
Menor de		10	mUI/mL
10	-	100	mUI/mL
100	-	1000	mUI/mL
1000	-	10000	mUI/mL
Mayor de		10000	mUI/mL

Tiempo de Protección	
Es necesario vacunar o aplicar refuerzo	
6	meses
2	años
3 - 5	años
6	años

Después de 6 años aplicar dosis de refuerzo

CONS	NOMBRE	CEDULA	EDAD	SEXO	Anti-HBs mUI/mL
1	ACOSTA DE NIÑO CLARA INES	41.439.363	55	F	31,9
2	AGUAS ARRIETA CRISTAL SOFIA	64.919.380	31	F	9,6
3	BOLAÑOS CORDOBA JAIME ALEXANDER	1.015.423.673	24	M	1276,0
4	BONILLA ACOSTA ALICIA	51.625.927	53	F	63,0
5	CALDAS TRIANA HERNANDO	3.162.839	55	M	52,9
6	CARDOSO RODRIGUEZ ERIKA JANNETH	53.015.167	30	F	1416,0
7	CHAPARRO HOYOS MARITZA CAROLINA	1.010.182.353	25	F	1205,0
8	DAZA NAVEROS LEIDY YESENIA	1.022.339.708	27	F	< 3,0
9	FIRAVITOBA CALDERON JENNY PAOLA	1.010.179.714	26	F	< 3,0
10	GONZALEZ GARATEJO LUZ AMPARO	52.952.627	32	F	13,0
11	GUITERREZ SEFERINO ADRIANA	1.094.894.286	27	F	500,0
12	HERNANDEZ HERNANDEZ LUZ MARINA	23.494.945	47	F	1121,0
13	JOYA GUTIERREZ MARIA ANGELICA	52.888.883	32	F	> 2000
14	LANDINEZ RODRIGUEZ DIAMILE	39.714.670	51	F	> 2000
15	MARTINEZ CAMACHO ANGELICA	52.173.397	42	F	31,2
16	MARTINEZ RODRIGUEZ OLGA LUCIA	51.808.947	49	F	741,0
17	MAYORGA MAYORGA NUBIA AMANDA	39.757.227	44	F	240,0
18	MELO PASTRAN CLAUDIA MARCELA	39.775.884	47	F	> 2000
19	MENESES PINO DIDIAN JAVIER	1.061.746.269	23	F	7,7
20	MONTERO TRUJILLO LILIANA	1.079.176.600	26	F	237,0
21	MONTOYA ARCILA MARIA CRISTINA	51.949.440	47	F	> 2000
22	MOYA DIAZ GLADYS MARLEN	51.755.417	51	F	250,0
23	NIETO GONZALEZ NURY JANETH	53.074.579	30	F	< 3,0
24	PANTOJA FAJARDO LUZ STELLA	51.588.824	59	F	587,0
25	PINILLA PINILLA GLORIA MARITZA	51.968.976	46	F	> 2000
26	PULIDO MALAGON JASMIN	51.942.048	45	F	700,0
27	QUIÑONES SANDOVAL MARIA ANGELICA	52.279.748	38	F	37,9
28	RAMIREZ VEGA BRIGITTE	1.010.220.576	20	F	1681,0
29	RODRIGUEZ FIERRO SANDRA MILENA	52.235.720	37	F	76,8
30	RODRIGUEZ RODRIGUEZ DELLY ALEJANDRA	52.817.578	32	F	1748,0
31	RUIZ GUEVARA ANGELA YIRLEY	53.083.648	30	F	40,3
32	SANIN MARQUEZ VICTORIA EUGENIA	51.920.654	47	F	14,1
33	SANTANA ALVARADO PAMELA	53.063.344	31	F	124,0
34	SANTIAGO JIMENEZ NUBIA	51.668.396	54	F	> 2000
35	SUAREZ PINZON EDGAR	19.351.499	55	M	< 3,0
36	TAPIERO ANGEL GABRIEL	5.963.181	60	M	18,9
37	TOCARRUNCHO NURY MARCELA	1.014.206.266	25	F	115,0
38	UMBARILA CARDENAS JOHANNA	52.857.180	34	F	622,0
39	VERGARA CRUZ SOLANGI KATIANA	51.949.570	45	F	930,0



LABINTOX S.A.S.
Lic. S. Ocup. 12960
Jeannette Garcia Leon
TP.39562412

HOSPITAL CENTRO ORIENTE

SEDE SAMPER MENDOZA

A.R.L. SURA

Bogotá, Septiembre 03 de 2015

ANALISIS REALIZADO :

HEPATITIS B, Anti - HBs

METODO : Quimioluminiscencia

Titulos Anticuerpos HBs			
Menor de		10	mUI/mL
10	-	100	mUI/mL
100	-	1000	mUI/mL
1000	-	10000	mUI/mL
Mayor de		10000	mUI/mL

Tiempo de Protección	
Es necesario vacunar o aplicar refuerzo	
6	meses
2	años
3 - 5	años
6	años
Después de 6 años aplicar dosis de refuerzo	

CONS	NOMBRE	CEDULA	EDAD	SEXO	Anti-HBs mUI/mL
1	AVELLA GASCA EDILBERTO	17.643.976	46	M	142,0
2	AVILA ROMERO ELSA PIEDAD	41.742.714	55	F	69,6
3	BARRERO VILLALOBOS ALEXANDER	93.370.765	47	M	18,1
4	BECERRA MARIA HELENA	41.698.162	55	F	190,0
5	BELTRAN RAMIREZ MARIA CLAUDIA	39.725.080	40	F	147,0
6	BETANCOURT CAICEDO MARGOT	51.577.523	55	F	395,0
7	CABALLERO BECERRA JOSE FRANCISCO	79.426.886	48	M	> 2000
8	CANDIA CASTILLO CELIA EMILENA	51.813.827	50	F	922,0
9	CANOSA TRUJILLO IVON JULIETA	49.673.347	30	F	> 2000
10	CARDENAS MOSQUERA LINA CONSTANZA	52.767.388	35	F	> 2000
11	CASTILLO JOYA LUIS ALFREDO	79.463.431	47	M	39,2
12	CERVANTES MONTES JOHANNA ENITH	52.151.794	40	F	> 2000
13	CONTRERAS MOYANO RUTH EMILCE	52.025.312	42	F	33,4
14	CUBILLOS ALARCON MARIA DEL CARMEN	20.368.153	56	F	> 2000
15	DIAZ GUEVARA DIANA MARCELA	53.115.261	31	M	37,3
16	DIAZ MIREYA	1.013.604.712	26	F	> 2000
17	DOMINGUEZ SALAZAR FRANCY	52.272.090	39	F	> 2000
18	FONTALVO GARCIA CLAUDIA INES	51.978.522	44	F	< 3,0
19	FORERO VEGA NASLY YUSELLY	52.199.117	36	F	< 3,0
20	GALLO ALZATE JAIME AUGUSTO	17.149.652	55	M	85,5
21	HERNANDEZ PRIETO SOLANGEL	1.032.438.387	25	F	> 2000
22	HERRERA MARTINEZ YADIRA	52.461.592	34	F	1684,0
23	JUNCO GONZALEZ MARINA	55.313.743	29	F	1882,0
24	LANCHEROS CORTES MARTHA YOLANDA	51.727.383	51	F	1385,0
25	LEON MENDEZ MARIA NUBIA	51.690.663	54	F	> 2000
26	MAFLA CHAMORRO LAURA MARIEN	1.032.444.581	23	F	44,2
27	MANRIQUE QUINTERO ANDRES MAURICIO	1.080.181.051	28	M	11,7
28	MARTINEZ ALFONSO CRISTINA	51.809.862	49	F	609,0
29	MESA INFANTE KELLY ALEXANDRA	52.918.775	29	F	54,7
30	MORENO DUARTE ESMERALDA	1.024.483.463	26	F	1679,0
31	NIÑO ANDRADE DIEGO IVAN	1.026.562.978	25	M	5,5
32	NUMPAQUE LOPEZ NELLY MARIA	52.726.144	34	F	< 3,0
33	OBANDO SUAREZ OTTO YERSON	91.515.214	30	M	40,7
34	OLARTE CHARRY ANDRES MAURICIO	79.427.018	46	M	3,5
35	ORTIZ GRILLO ANDREA DEL PILAR	52.888.531	33	F	1096,0
36	PAEZ ARDILA HUGO ALBERTO	80.174.597	32	M	582,0
37	PATIO PERDOMO RUSBITH	26.591.972	57	F	> 2000
38	PEREZ CASALLAS ADRIANA MILENA	52.534.372	36	F	< 3,0
39	PULIDO BOHORQUEZ ARMANDO	19.428.064	55	M	> 2000
40	QUINTERO MARTINEZ DEYANIRA	1.013.585.104	27	F	> 2000
41	QUIROGA PEREZ MARTHA YANETH	39.646.156	48	F	> 2000
42	RAMIREZ FORERO ANA JEANNETTE	51.867.124	48	F	44,7

HOSPITAL CENTRO ORIENTE

SEDE SAMPER MENDOZA

A.R.L. SURA

Bogotá, Septiembre 03 de 2015

ANALISIS REALIZADO :

HEPATITIS B, Anti - HBs

METODO : Quimioluminiscencia

Titulos Anticuerpos HBs			
Menor de		10	mUI/mL
10	-	100	mUI/mL
100	-	1000	mUI/mL
1000	-	10000	mUI/mL
Mayor de		10000	mUI/mL

Tiempo de Protección	
Es necesario vacunar o aplicar refuerzo	
6	meses
2	años
3 - 5	años
6	años
Después de 6 años aplicar dosis de refuerzo	

CONS	NOMBRE	CEDULA	EDAD	SEXO	Anti-HBs mUI/mL
43	REALPE GALLARDO JONATHAN	1.083.812.988	23	M	> 2000
44	RODRIGUEZ BURGOS YOHANA MARITZA	52.696.911	25	F	> 2000
45	RODRIGUEZ ROCHA ANGIE CAROLINA	1.013.605.788	26	F	647,0
46	RUBIANO GOMEZ MIGUEL ANGEL	79.168.985	36	M	< 3,0
47	RUSSY GUARIN ANA CONSTANZA	51.801.606	50	F	16,2
48	SALAMANCA SALAMANCA RICHAR WILLIAM	19.943.720	52	M	< 3,0
49	SALAZAR RODRIGUEZ LILIAN MARCELA	52.936.075	30	F	13,2
50	TALERO PARDO JONATHAN	80.209.756	32	M	1328,0
51	UREUÑA GARCIA LAURA VIVIANA	1.030.646.993	20	F	7,3
52	USECHE AVILA JOHANA	52.359.535	37	M	61,1
53	VALENCIA VALDIVIESO GUSTAVO ADOLFO	80.418.963	44	M	> 2000
54	VASQUEZ BARON AVID ARNALDO	78.690.926	48	M	> 2000
55	VERGARA CANTOR MICHELL	1.023.954.454	18	F	68,0
56	VERGARA CASTELLON KAREN CECILIA	55.231.578	30	F	> 2000
57	YATE GONZALEZ KARIN GERALDINE	1.018.490.654	18	F	45,3
58	ZULUAGA CASTRO CRISTIAN MAURICIO	1.121.841.663	27	M	4,03
59	ZUÑIGA RODRIGUEZ SHIRLEY STELLA	52.524.679	36	F	3,54



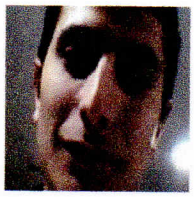
LABINTOX S.A.S.
Lic. S. Ocup. 12960
Jeannette Garcia Leon
TP.39562412

MEDICLINICO SANTA ANA IPS Y CIA S EN C.

Carrera 3 este No. 5 - 23 / 25 Tel 3 33 11 98 - 2 80 47 68

Certificado De Salud Ocupacional

Fecha	Documento	Nombre
2016-12-23	1013581568	ERLEY MONTERO CAIZA
Sexo	**Nacionalidad**	**Ciudad**
Masculino	COLOMBIA	BOGOTA
Fecha nacimiento	**Edad**	**Lugar nacimiento**
1986-06-21	30 años, 6 meses y 2 días	BELEN NARIÃ‘O



Estado civil	Telefono	Direccion
Soltero	3104696461	CARRERA 14 BIS N 3-32 ESTE
Escolaridad	**Profesion**	**Oficio**
TECNICO	AUX EN ENFERMERIA	ENFERMERIA

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa	Tiempo	Cargo	Factores de riesgo	Tipo de Riesgo	Epp
[illegible] GAITAN SUBRED CENTRO ORIENTE	2 AÑOS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	F,Q,E,M,L	CARGA MENTAL, E,D	COMPLETOS

Factores de riesgo: F : Fisico Q : Quimico E : Ergonomico M : Mecanicos L : Locativos P : Psicolaborales O : Otros

APTITUD

- [ ] APTO CON LIMITACIONES (Que NO interfieren en su trabajo)
- [ ] APTO CON LIMITACIONES (Que interfieren en su trabajo)
- [ ] APTO CON LIMITACIONES (NO APTO para realizar la labor especifica)
- [X] APTO SIN LIMITACIONES
- [ ] APTO PARA LABORAR EN ALTURAS

Segun examenes solicitados por la empresa remitente

- [ ] EXAMEN DE INGRESO
- [X] EXAMEN PERIODICO
- [ ] EXAMEN DE EGRESO
- [ ] [illegible]

[illegible]

IMPRESION DIAGNOSTICA

VITILIGO LEVE, VARICES GRADO I EN MIEMBROS INFERIORES, RECOMENDACIÃ“N CONTROL DERMATOLOGIA, USAR MEDIDAS ANTIVARICES

- [X] HIGIENE POSTURAL
- [X] USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION
- [ ] USA LENTES PERMANENTE
- [X] VALORACION POR S.O. ANUAL
- [X] CAPACITACION EN SU AREA DE TRABAJO
- [X] REMISION ESPECIALISTA
- [X] REALIZA PAUSAS EN SU LABOR
- [ ] REALIZAR EXAMENES COMPLEMENTARIOS
- [ ] ESQUEMA VACUNACION ADULTO
- [X] RECOMENDACION CREMAS HUMECTANTES PARA LA PIEL
- [X] HABITOS NUTRICIONALES ADECUADOS, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, CONTROL DE PESO, CONTROL MEDICO PERIODICO
- [ ] CONTROL DE COMORBILIDAD EPS
- [ ] SEROLOGIA

YO Erley Montero Caiza identificado con cédula de ciudadania 1013581568

Declaro que no he omitido ni alterado la informacion aportada por mi, la cual es veraz y se ajusta a mi condicion actual y real de la salud al ingreso de la empresa.

Dr. Gloria Rincon Izquierdo
Cédula: 52355057 Registro: 7857/2013

Paciente: Erley Montero Caiza
Cédula: 1013581568

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:

ERLEY MONTERO CAIZA

C.C.: 1013581568

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

Martha Yolanda Ruíz 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

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

REGIONAL BOGOTÁ D.C. - CUNDINAMARCA

Certifica que

ERLEY MONTERO CAIZA

C.C. **1.013.581.568**

Participó en el curso de:

"SOPORTE VITAL BASICO"

Realizado en Bogotá Cundinamarca, del 01 al 10 de Diciembre del 2018

Con una intensidad teórica - práctica de 40 horas.

Válido por 2 años.

"De acuerdo a la resolución 2003 del 28 de Mayo de 2014"

JUAN ALEXANDER ZAPATA
Coordinador Regional Bogotá-Cundinamarca
Asociación Colombiana de Atención Prehospitalaria
NIT. RAPEL E.U. 900209767-4

SPONSOR
BOGOTÁ-CUNDINAMARCA

NIT. ACAPH 830136415-9

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:	2018-12-10	CIUDAD:	BOGOTA DC	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 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 VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PÚBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	X	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
MONTERO	CAIZA	ERLEY			

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1013581568	BOGOTA CUNDINAMARCA	2004-09-13
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X	NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1986-07-21	BELEN NARIÑO	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	0	0	3104696461

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
KRA 14 BIS # 3-32 SUR	BOGOTA DC	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	9253187

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
emontero.ips.hco@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA X

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA			IVA			CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐			SI ☐	NO X		
		NO X		ICA	SI ☐	NO X	PRINCIPAL: ☐	SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE			AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDO	
SI ☐	NO X			SI ☐ NO X		SI ☐ NO X

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALU CENTRO ORIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒	# NIT	900.959.051

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIAGONAL 34 # 5-43	3444484	BOGOTA D.C	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	FECHA VINCULACION	2015-07-29

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 1.524.000	GASTOS FAMILIARES	$ 540.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 600.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 5.500.000	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	**$ 1.524.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 1.140.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 5.500.000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 0**

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ORDOÑEZ	ORDOÑEZ	FAVIO	

DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CALLE 4 # 8 A - 22	BOGOTA CUNDINAMARCA	CONOCIDO	3133262117

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

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.):

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 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.

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude ***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO***).

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) ERLEY MONTERO CAIZA identificado(a) con cedula ciudadania 1.013.581.568 , 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
20180727	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 11 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 CER-AFI
10538210

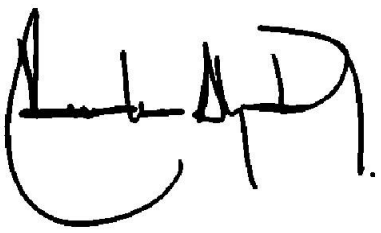
Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ERLEY MONTERO CAIZA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,013,581,568**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 10 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

1013581568	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

ERLEY		MONTERO	CAIZA
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

21/07/86	BELEN NARIÑO	Carrera14bis#3-32	9253187
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

COMPENSAR	PORVENIR	$ 1,524,000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

AUXILIAR DE ENFERMERIA	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

emontero.ips.hco@gmail.com	3104696461
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 39.557.974 Gdot

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

SEGUROS BOLÍVAR

Consultas > Consulta Publica ARL > Afiliación trabajador



PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119087198

WEB
00:45:04

Bogotá DC, 12 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) ERLEY MONTERO CAIZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013581568:

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 miércoles 12 de diciembre de 2018, a las 00:43:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1013581568
Código de Verificación	1013581568181212004305

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. 2604804

Bogotá D.C., 12 de Diciembre de 2018 - 0:48 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) **ERLEY MONTERO CAIZA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL TRECE MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y UN MIL QUINIENTOS SESENTA Y OCHO** de BOGOTA D.C.

1013581568

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_KLNP3_480
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 00:49:13 horas del 12/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1013581568**

Apellidos y Nombres: **MONTERO CAIZA ERLEY**

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.

Volver al Inicio

BBVA Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

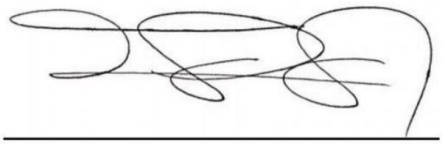
Que nuestro(a) cliente **ERLEY MONTERO CAIZA,** identificado(a) con **cedula de ciudadanía número 1.013.581.568** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 074116740** aperturada el **01 de agosto del 2014,** cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **12** Días del mes de **diciembre** del año **2018**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0074116740**
Cuenta de 16 dígitos: **0074000200116740**
Cuenta de 20 digitos: **00130074000200116740**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA