Secure | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?pageid=14006302

Colombia Compra Eficiente

Increase Contrast | UTC -5 9:55:41

Find Public Procedure: Options

Search...

Work Area → Profile Settings

Page Id: 14005862 HELP

- User Data
- Platform Notifications History
- My Memberships
- User Accesses
- Terms Of Use

Edit

User Information



Gender	Male
Job Title	Medico
Title	Doctor
Complete Name	ALVARO IGNACIO SANCHEZ ORTIZ
Display Name	ALVARO IGNACIO SANCHEZ ORTIZ
Employee Number	
Identification Document	
Identification Number	6107914
Issue Date	3/16/1998 *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*
Issued At	CALI
Expiration Date	
Address	
Zip-Code	
State	
Province	

JOTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 18-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
SANCHEZ	ORTIZ	ALVARO IGNACIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 6107914

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 78113001525 D.M 17

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 30 MES NOV AÑO 1978

PAÍS Colombia

DEPTO Norte de Santander

CIUDAD Cúcuta

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 86 No. 7-86, APT 603

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 9288811

EMAIL alvaroisanchezortiz@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 JUNIO AÑO 1996
										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*
ES	8	X		ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL	7	2017	761726/2006
UN	12	X		MEDICO Y CIRUJANO	3	2005	761726/2006

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

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: 18-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SANTA CLARA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
(1) 3283105	DIA 1 MES 10 AÑO 2018	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CIRUJANO GENERAL	CIRUGIA	Cra. 14b #1-45 sur, Bogotá

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
FUNDACION VALLE DEL LILI		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Valle del Cauca	Cali	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
57 (2) 331 9090	DIA 1 MES 7 AÑO 2017	DIA 15 MES 7 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CIRUJANO GENERAL	CIRUGIA	Cra 98 # 18-49 Cali • Colombia

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
INSTITUTO CISALVA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Valle del Cauca	Cali	cisalva@correounivalle.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
(57-2) 5570255	DIA 1 MES 4 AÑO 2005	DIA 31 MES 7 AÑO 2007

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
INVESTIGADOR	CISALVA	Calle 4B # 36-00. Edificio 100, CALI

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	2	6
PRIVADO	1	0

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: 18-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	3	7

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).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

BOGOTÁ 18/12/2018

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

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 18-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ALVARO IGNACIO SANCHEZ ORTIZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 6107914 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CALLE 86 No. 7-86, APT 603 **Teléfonos** 3183593663 9288811

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Alvaro José Sanchez Ramirez	1112057692	HIJO(A)
Juan Ignacio Sanchez Ramirez	1232796563	HIJO(A)
Juliana Maria Ramirez Diaz	28180758	COMPAÑERO PERMANENTE
Gloria Elisa Sanchez Ortiz	34614802	HERMANO(A)
Maria Eugenia Ortiz Correa	31217612	MADRE

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

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 90.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 18.000.000,00
TOTAL	$ 108.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
ITAU	AHORROS	315056004	CALI	$ 1.000.000,00
BANCOLOMBIA	AHORROS	60522426931	CALI	$ 1.000.000,00

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

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
FONDO DE EMPLEADOS MEDICOS DE COLOMBIA (PROMEDICO)	ASOCIADO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
JULIANA MARIA RAMIREZ DIAZ	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	29180758

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 18-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Universidad del Valle

RECTORÍA

ACTA DE GRADO No. 792

En la Ciudad de Santiago de Cali, Departamento del Valle del Cauca, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución No 804 emanada de la Rectoría de la Universidad del Valle el día 11 de Marzo de 2005, la Universidad del Valle, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, confiere el título de:

MÉDICO Y CIRUJANO

RG 12034610000760011110O SNIES

a :

ALVARO IGNACIO SÁNCHEZ ORTIZ

Identificado con C.C. 6107914

El diploma correspondiente le será entregado en la fecha prevista en la Resolución No. 804 y anotado en el Libro 1 Folio 924 Registro 14 de la Universidad del Valle.

Se firma en Santiago de Cali, el 11 de Marzo de 2005

(Fdo) Iván Enrique Ramos Calderón Rector

(Fdo) Oscar López Pulecio Secretario General

Adm. Gloria Stella Pérez Cuéllar
Jefa División de Admisiones y Registro Académico

ESTE DOCUMENTO NO REQUIERE AUTENTICACIÓN EN VIRTUD DEL DECRETO No 1024 DE 1982

ACTA DE GRADUACIÓN N°15216
Jueves, 13 de julio de 2017

Facultad: **Medicina**
Programa: **Postgrados Clínicos Medicina**
Componente: **Cirugía General**
Código SNIES: **1816**

En la ciudad de Medellín, departamento de Antioquia, República de Colombia, el jueves, 13 de julio de 2017, a las 10:00 horas, en el Teatro de la Universidad CES, se reunieron las directivas de la Universidad CES con el propósito de conferir el título de **Especialista en Cirugía General** a **Álvaro Ignacio Sánchez Ortiz**, con documento de identidad **6.107.914** de **Cali (Valle).**

En el tiempo establecido para la entrega de los requisitos necesarios para graduarse, se entregó en la dependencia de Admisiones, Registros y Control Académico poder especial el cual señala lo siguiente: Por el presente escrito confiero poder especial a **Paola Andrea Rodríguez Ossa**, con documento de identidad 67045132, para que en mi nombre y representación reciba mi diploma de grado de Especialista en Cirugía General. Igualmente, en dicho poder aparece la constancia de que se entiende presentado el juramento por quien se va a graduar y lo suscribe Paola Andrea Rodríguez Ossa.

El acto estuvo presidido por el doctor Jorge Julián Osorio Gómez, Rector y Presidente de la ceremonia; por el doctor Jorge Ricardo Posada Saldarriaga, Decano de la Facultad de Medicina y por la doctora Patricia Chejne Fayad, Secretaria General.

Cumplidos los reglamentos y previa toma del juramento correspondiente, el presidente de la ceremonia procedió a la entrega del diploma y acta de grado.

El título se expidió de conformidad con las normas legales vigentes y de acuerdo a la autorización legal, conferida a la Universidad por Resolución 1371 de marzo 22 de 2007 y Resolución Rectoral 732 del martes, 04 de julio de 2017.

En constancia se firma la presente Acta por los suscritos Rector de la Universidad CES, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad CES y la Secretaria General de la Universidad CES.

Jorge Julián Osorio Gómez
Rector

Jorge Ricardo Posada Saldarriaga
Decano Facultad de Medicina

Patricia Chejne Fayad
Secretaria General

El diploma fue registrado en: Folio 443, Número 15120, del jueves, 13 de julio de 2016. Firma:

Universidad del Valle

RECTORÍA

ACTA DE GRADO No. 792

En la Ciudad de Santiago de Cali, Departamento del Valle del Cauca, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución No 804 emanada de la Rectoría de la Universidad del Valle el día 11 de Marzo de 2005, la Universidad del Valle, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, confiere el título de:

MÉDICO Y CIRUJANO

RG 12034610000760011110O SNIES

a :

ALVARO IGNACIO SÁNCHEZ ORTIZ

Identificado con C.C. 6107914

El diploma correspondiente le será entregado en la fecha prevista en la Resolución No. 804 y anotado en el Libro 1 Folio 924 Registro 14 de la Universidad del Valle.

Se firma en Santiago de Cali, el 11 de Marzo de 2005

(Fdo) Iván Enrique Ramos Calderón Rector

(Fdo) Oscar López Pulecio Secretario General

Adm. Gloria Stella Pérez Cuéllar
Jefa División de Admisiones y Registro Académico

ESTE DOCUMENTO NO REQUIERE AUTENTICACIÓN EN VIRTUD DEL DECRETO No 1024 DE 1982

ACTA DE GRADUACIÓN N°15216
Jueves, 13 de julio de 2017

Facultad: **Medicina**
Programa: **Postgrados Clínicos Medicina**
Componente: **Cirugía General**
Código SNIES: **1816**

En la ciudad de Medellín, departamento de Antioquia, República de Colombia, el jueves, 13 de julio de 2017, a las 10:00 horas, en el Teatro de la Universidad CES, se reunieron las directivas de la Universidad CES con el propósito de conferir el título de **Especialista en Cirugía General** a **Álvaro Ignacio Sánchez Ortiz**, con documento de identidad **6.107.914** de **Cali (Valle).**

En el tiempo establecido para la entrega de los requisitos necesarios para graduarse, se entregó en la dependencia de Admisiones, Registros y Control Académico poder especial el cual señala lo siguiente: Por el presente escrito confiero poder especial a **Paola Andrea Rodríguez Ossa**, con documento de identidad 67045132, para que en mi nombre y representación reciba mi diploma de grado de Especialista en Cirugía General. Igualmente, en dicho poder aparece la constancia de que se entiende presentado el juramento por quien se va a graduar y lo suscribe Paola Andrea Rodríguez Ossa.

El acto estuvo presidido por el doctor Jorge Julián Osorio Gómez, Rector y Presidente de la ceremonia; por el doctor Jorge Ricardo Posada Saldarriaga, Decano de la Facultad de Medicina y por la doctora Patricia Chejne Fayad, Secretaria General.

Cumplidos los reglamentos y previa toma del juramento correspondiente, el presidente de la ceremonia procedió a la entrega del diploma y acta de grado.

El título se expidió de conformidad con las normas legales vigentes y de acuerdo a la autorización legal, conferida a la Universidad por Resolución 1371 de marzo 22 de 2007 y Resolución Rectoral 732 del martes, 04 de julio de 2017.

En constancia se firma la presente Acta por los suscritos Rector de la Universidad CES, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad CES y la Secretaria General de la Universidad CES.

Jorge Julián Osorio Gómez
Rector

Jorge Ricardo Posada Saldarriaga
Decano Facultad de Medicina

Patricia Chejne Fayad
Secretaria General

El diploma fue registrado en: Folio 443, Número 15120, del jueves, 13 de julio de 2016. Firma:

Bogotá D.C, Julio 12, 2018

Señores:

UNIVERSIDAD DEL VALLE

REF: Autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, ALVARO IGNACIO SANCHEZ ORTIZ 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:

MEDICO Y CIRUJANO

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 6107914 de Cali

Tarjeta profesional No: 761726/2006

Dirección de contacto: Calle 86 # 7-86 APT 603, Bogotá, Colombia

Teléfono: 318 359 3663

Bogotá D.C, Julio 12, 2018

Señores:

UNIVERSIDAD CES

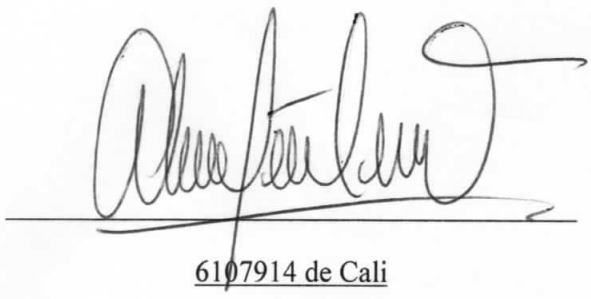
REF: Autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, ALVARO IGNACIO SANCHEZ ORTIZ 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:

CIRUJANO GENERAL

Cordialmente;



Firma

No. de documento: 6107914 de Cali

Tarjeta profesional No: 761726/2006

Dirección de contacto: Calle 86 # 7-26, APT 603, Bogotá, Colombia

Teléfono: 318 359 3663

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
6.107.914
NUMERO

SANCHEZ ORTIZ
APELLIDOS

ALVARO IGNACIO
NOMBRES

FIRMA



NO VALIDO COMO IDENTIFICACION



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-NOV-1978
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.90 ESTATURA | O- G.S. RH | M SEXO

16-MAR-1998 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-3100100-66135096-M-0006107914-20050928 00695 05271B 02 176783515

EL SUSCRITO NOTARIO VEINTIUNO (E)
DEL CIRCULO DE CALI
C E R T I F I C O
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA CORRESPONDE
AL ORIGINAL DEL DOCUMENTO QUE HE TENIDO
A LA VISTA PARA LA CONFRONTACION.
Santiago de Cali 06 SEP 2011
NOTARIO ENCARGADO

NOTARIA VEINTIUNA
Andrea Milena García V
NOTARIA ENCARGADA

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 14239992031

(415)7707212489984(8020) 000001423999203 1

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	6 1 0 7 9 1 4	1 9 9 8 0 3 1 6

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANCHEZ	ORTIZ	ALVARO	IGNACIO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cali 0 0 1

41. Dirección principal
CL 4 64 59 BL B AP 508 BRR EL REFUGIO

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
alvaroisanchezortiz@gmail.com		3 7 8 5 4 7 8	3 1 5 5 5 8 1 7 8 9

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1 / 2
8 6 2 1	2 0 0 6 0 8 1 7	0 0 9 0	2 0 1 0 0 1 0 2		

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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
5																									

53. Código: 5
05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código:

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI X NO 60. No. de Folios: 2 61. Fecha: 2 0 1 3 0 5 0 6

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

984. Nombre LOPEZ SANCHEZ NATHALY
985. Cargo: Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARIA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 10-08-2018
Hora: 2:01:45 PM

CONTRIBUYENTE NIT 6107914-1 ALVARO IGNACIO SANCHEZ ORTIZ

Información General

Dirección CL 86 7 86 AP 603

Teléfonos 3183593663

Dirección electrónica alvaroisanchezortiz@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 10/08/2018

Soporte Inscripción 23449624

Fecha Inicio Actividades 01/08/2018

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # 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 Financiera:

Código de Verificación de Información: 18003100811

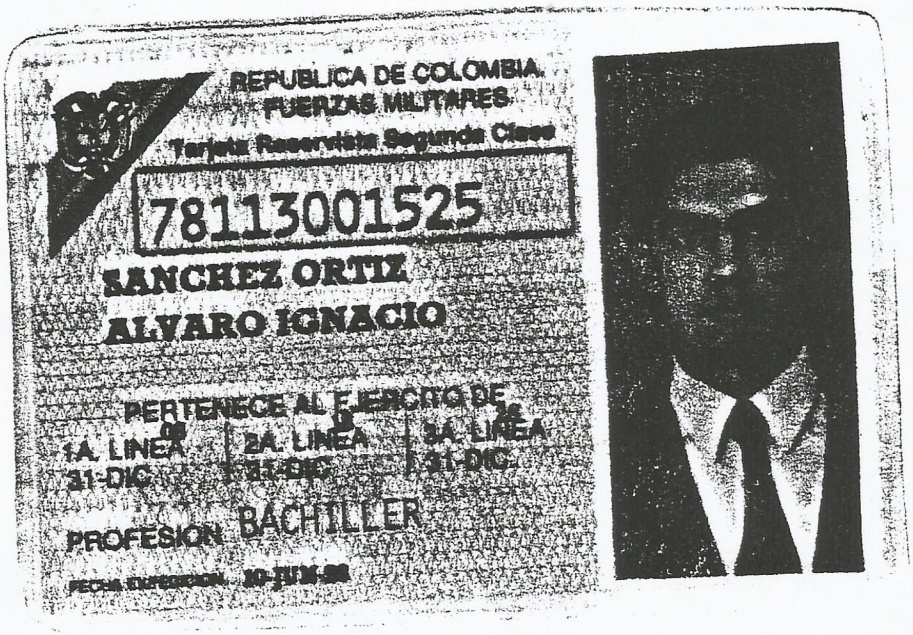
Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

710630

;O .


REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase
7811300152 5
SANCHEZ ORTIZ
ALVARO IGNACIO
PERTENECE AL EJERCITO DE
1A. LINEA 31-DIC
2A. LINEA 31-DIC
3A. LINEA 31-DIC
PROFESION BACHILLER

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Libertad y Orden

Registro No.
76 1726/ 2006

Firma Médico

Nombres y Apellidos
ALVARO IGNACIO SANCHEZ ORTIZ

C.C. o C.E.
C 6107914 De CALI

Universidad
U. DEL VALLE

Ciudad
CALI

Código 47814/76

Fecha de Expedición 17/08/06

DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA
SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD

RESOLUCIÓN No. 76 - 1726

10 ABR 2006

Por la cual se concede una autorización para el Ejercicio de una Profesión.

El Profesional Especializado, de la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca, de acuerdo en lo dispuesto en el Decreto 1875 del 03 de Agosto de 1994, el Decreto 1352 del 12 de julio de 2000, la resolución 4313 del 23 de octubre de 2003 y

CONSIDERANDO

Que ALVARO IGNACIO SANCHEZ ORTIZ identificado con la cedula de ciudadanía No.6.107.914 expedida en Cali-Valle, ha solicitado autorización para ejercer como MEDICO Y CIRUJANO, según titulo que le otorgó la Universidad del Valle, el 11 de Marzo de 2005.

Que dicho título se encuentra registrado en la Universidad del Valle, anotado en el folio .924-14 libro No.1 del 11 de Marzo de 2005.

Que prestó el Servicio Social Obligatorio en el Instituto de Investigacion y Desarrollo Social en Prevencion de Violencia y Promocion de la Convivencia Social Pacifica-CISALVA, desde el 1 de Abril de 2005 hasta el 31 de Marzo de 2006

En consideración éste Despacho,

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO Autorizar a ALVARO IGNACIO SANCHEZ ORTIZ, para ejercer como MEDICO Y CIRUJANO en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO Esta Resolución rige a partir de la fecha de su notificación.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

JOSE MARIA MATERON MUÑOZ
Profesional Especializado

Ela. Myriam Emilsen

Not secure | web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx

Tipo de Identificación *: Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *: 6107914

Primer Nombre *: alvaro

Primer Apellido *: sanchez

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	6107914	ALVARO	IGNACIO	SANCHEZ	ORTIZ	Ver

Información Detallada [CC: 6107914] ALVARO IGNACIO SANCHEZ ORTIZ

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	2006/8/10	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

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 Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C-005815

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Etica Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Etica Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **ALVARO IGNACIO SANCHEZ ORTIZ**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 6.107.914 de CALI T.P. o R.M. No. 76 1726 / 2006 expedida por SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD VALLE DEL CAUCA, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los Dos (02) días del mes de Agosto de dos mil dieciocho (2018) a solicitud del(a) interesado(a).

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICIÓN DE MÉDICO"

F. Henao G.

FRANCISCO JAVIER HENAO PEREZ MD
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No 19-50 Oficina 32 Centro comercial Futuro Tels 6279983 y 6279975
Fax 6279587 Bogota D.C.
Email trnetmed@autlook.com - www.tribunalnacionaldeeticamedica.com

RESULTADOS DE EXAMENES

INSTITUTO DE REFERENCIA ANDINO | SYNLAB SOLUTIONS IN DIAGNOSTICS

Remite: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. -
Paciente: SANCHEZ ORTIZ, ALVARO IGNACIO
Código IRA: I01460621
Identificación: 6107914
Sexo: M
Médico:

Origen: BOGOTÁ
Edad: 40 Años
Fecha de Recibo: 08/01/2019
Fecha Validación Final: 10/01/2019 09:40:28 a.m.
Código Cliente: SANTA CLARA

Parámetro	Resultado	Unidad	Intervalo Biológico de Referencia
Inmunología Infecciosa			
Hepatitis B (Anti-HBs), Anticuerpos de Superficie	**>1000.000**	mUI/mL	Mayor o igual a 10 Según recomendación de la Organización Mundial de la Salud, una concentración de anti-HBs mayor o igual a 10 mUI/ml se considera protección frente a una infección por el virus de la hepatitis B.

Técnica: Inmunoensayo Quimioluminiscente de Micropartículas (CMIA)
Prueba procesada en: Central de Procesos UT Siplas

Iván Leonardo Mojica F. MD, MBA
Gerente General
Registro No. 7361/2008

Validado Por:
Piedad C. Ramirez R.
T. P. # 52.051.863

SYNLAB Colombia Oficina Centro - Dirección: Calle 13 # 60-49/61, Piso 3 +57 1 2900077 - Bogotá D.C Colombia www.iralabs.com / www.synlab.com
Este laboratorio dispone de un Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo con los requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2015, certificado por ICONTEC

Scanned by CamScanner

CARNET DE VACUNACION

CENTRO DE VACUNACION FARALLONES

Nombre: Alvaro Ignacio Sanchez Ortiz

Fecha de Nacimiento: 30/XI/70 Tel.: _____

Dirección: _____

Medico Tratante: _____

NORTE: Calle 19 Norte No. 5N - 35 Local 1. Telefonos: 667 8703 - 667 8704
SUR: Calle 9C No. 50 -25 Local 2 Tels.:513 3821 - 513 3781
P.B.X. 518 2000 Ext. 4040 Fax: 513 3788 Cali, Colombia
E-mail: centrovf@emcali.net.co - http//www.vacunacionfarallones.com

ESQUEMA DE VACUNACION NIÑOS

	POLIO	D.P.T	Hib
RN	01 XII /78		
2m	31 I /78	31 I /78	—
4m	02 IV /78	02 IV /78	—
6m	07 VI /78	07 VI /78	—
15m			—
18m	15 VI /79	15 VI /79	
5 Años	20 XII /83	20 XII /83	

Td - 15 II /89

B.C.G. 01 XII /78

Hepatitis-B
1 10 XI /93
2 11 XII /93
3 15 V /94

Neumococo
1
2
3
4

Meningococo
1 21 XII /02
2 24 II /03

D.P.T.(a)(10 años) Td - 17 III /2003

P.P.D. Fecha: (mm)

Otros: Gonacupirin - 10 II - 82

12m MMR:
1 12 III /80
2 22 V /01

Ref.

Hepatitis A:
1 18 VII /01
2 20 I /02

Varicela:
1 —
2 —

Influenza

Fiebre Amarilla

pennsylvania
DEPARTMENT OF HEALTH

Vaccine Immunization Record Short Form

Clinic: Allegheny County Health Department - ID
Address: 3441 Forbes Avenue Pittsburgh, Pennsylvania 15213
Phone: 412-578-8062
Fax: 412-578-8300

PATIENT INFORMATION

Last Name	Middle Name	First Name	
SANCHEZ ORTIZ		ALVARO	
DOB	**Sex**	**Race**	**Hispanic Origin**
11/30/1978	Unknown		
Address	**City**	**State**	**Zip**
7520 PENN AVENUE	PITTSBURGH	PA	15208

VACCINE HISTORY

VACCINE	DOSE #	VACCINATION DATE	LOT #	INJECTION SITE
Tdap	1	06/09/2009		

Generated April 25, 2013 Page 1

Fundación Valle del Lili
Unidad de Vacunación

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Paciente : ALVARO IGNACIO SANCHEZ ORTIZ
Fecha nacimiento : 1978/11/30
Edad actual : 34 A - 07 M - 21 D

Fecha actual : 2013/08/21
Próxima vacuna :

Patología	DOSIS 1	2	3	4	5	6	Mtto
BCG - TUBERCULOSIS	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Hep B - HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
IPV - POLIO INACTIVADO	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTaP - DIFTERIA, TOSFERINA Y TETANOS	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Hi b - HEMOFILIS INFLUENZA TIPO B	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR - SARAMPION, RUBEOLA Y PAPERAS	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
VARICELA	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
NEUMOCOCO	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
INFLUENZA	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Hep A - HEPATITIS A	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MENINGOCOCO	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
FIEBRE AMARILLA	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
TOXOIDE TETANICO	2013/07/02	2013/08/09	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
ROTAVIRUS	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
INFANRIX HEXA	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
INFANRIX PENTA	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
GARDASIL	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

FUNDACION VALLE DEL LILI
NIT. 890.324.177 - 5

RESULTADO

Angel Laboratorio

NOMBRE:	**Sr.ALVARO IGNACIO SANCHEZ ORTIZ**	**REFERENCIA:**	**3952461**
DOCUMENTO:	**CC.6107914 H.C 6107914**	**FECHA ATN:**	**06.May.2013 07:48:53**
EMPRESA:	**PARTICULAR SEDES CALI**	**SEDE:**	**FARALLONES**
DOCTOR:	**...**	**EDAD-SEXO:**	**34 Años - Masculino**

PRUEBAS ESPECIALES

ESTUDIO	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA		
Anti - HBs	**>1000**	mUI/ml	No Reactivo:	Menor de	10 mUI/ml
(Anticuerpo Contra Ag de Superficie)			Reactivo :	Mayor o Igual	10 mUI/ml

Técnica:Electroquimioluminiscencia (ECLIA)

Analizado por,

Martha Lucia Bolaños C

MARTHA LUCIA BOLAÑOS C.
Bacterióloga T.P:8786
Copiado:MLBC

Fecha de Validación:06/May/2013 15:42

**La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 1 de 2]*

RESULTADO

Angel Laboratorio

NOMBRE:	**Sr.ALVARO IGNACIO SANCHEZ ORTIZ**	**REFERENCIA:**	**3952461**
DOCUMENTO:	**CC.6107914 H.C 6107914**	**FECHA ATN:**	**06.May.2013 07:48:53**
EMPRESA:	**PARTICULAR SEDES CALI**	**SEDE:**	**FARALLONES**
DOCTOR:	**...**	**EDAD-SEXO:**	**34 Años - Masculino**

PRUEBAS ESPECIALES

ESTUDIO	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	
Varicela IgG	**24.9**	Negativo	< 9
		Dudoso	9 - 11
		Positivo	> 11

Técnica:Microelisa

Analizado por,

CLAUDIA MONICA AUSECHE
Bacterióloga T.P:76-1338
Copiado:CMA

Fecha de Validación:07/May/2013 15:42

**La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 2 de 2]*

Unidad de Salud Ocupacional

VALORACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Cód :	
Versión : 4	
Fecha: 13/11/2015	
Página 1 de 2	

ICONTEC CERTIFICADO ISO 9001

IQNet CERTIFIED MANAGEMENT SYSTEM

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Fecha: 17/07/2018 Tipo de Examen: EGRESO

Nombre: ALVARO IGNACIO SANCHEZ ORTIZ

Empresa: FUNDACION VALLE DEL LILI

En Misión:

Ciudad del Exámen: CALI

Cédula: 6107914 Cargo: CIRUJANO GENERAL 3597

Para dar el concepto de aptitud se tuvieron en cuenta los siguientes paraclinicos:

CONCEPTO DE EGRESO: En el momento no se identifican patologías asociadas a su ocupación.

REMISIÓN

NINGUNA

Observación -

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

HABITOS DE VIDA SALUDABLES,EJECICION REGULAR,CONTROL DE PESO

TRABAJO ESPECIALES

Trabajo en Alturas:	NO APLICA	Trabajo en altitudes > 2500 mts:	NO APLICA
Trabajo en espacios confinados:	NO APLICA	Trabajo en ambientes hiperbáricos:	NO APLICA
Trabajo como brigadista:	NO APLICA	Manipulacion de alimentos	NO APLICA
Trabajo con energía de alta tensión:	NO APLICA	Conducción de vehiculos:	NO APLICA
Trabajo con radiaciones ionizantes:	NO APLICA		
Trabajo en altas temperaturas:	NO APLICA		
Trabajo en bajas temperaturas:	NO APLICA		

PVE VISUAL	PVE AUDITIVO	PVE RESPIRATORIO
PVE ERGONOMICO	PVE CARDIOVASCULAR	PVE PSICOSOCIAL
PVE QUIMMICO	PVE Radiaciones Ionizantes	PVE BIOLOGICO

Observaciones Generales

-

ALVARO IGNACIO SANCHEZ ORTIZ
c.c: 6107914

Dra. Ana Carolina Gómez
Médico E.S.P. Salud Ocupacional
Lic. S.O. 945-2015

Ana Carolina Gomez Romero
Registro: 761518
Lic: 945-2015

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
Formato: Compromiso de actualización y entrega de documentos	Código	Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano	Página: 1 de 1 Versión: Fecha:

Bogotá, D.C, 8 (día) de Enero (mes) de 2018 (año)

Yo ALVARO IGNACIO SANCHEZ ORTIZ
identificado/a con CC No. 6107914, me comprometo a actualizar y entregar a la oficina de Talento Humano el (los) documento(s): Titulos · Anticuerpos Hepatitis B y Certificado de atención en Salud de Victimas de Violencia Sexual
para que pueda(n) ser adjuntado(s) como soporte de mi hoja de vida, con fecha máxima 4 de marzo de 2019

Estoy informado/a que el pago del mes inmediatamente posterior a la fecha límite está sujeto al cumplimiento del presente compromiso.

Cordialmente,

Firma:

Correo de contacto: alvaroisanchezortiz@gmail.com
Dirección de contacto: Calle 86 # 7-86 apt 603
Teléfono: 3183593663

Scanned by CamScanner

Información Preinscripción

Sede - Jornada:	Cursos Virtuales - Virtual	Programa:	Atención Integral de Victimas Violencia Sexual
Fecha:	18/12/2018	Código:	119351959399

Información Personal

Primer nombre:	ALVARO	Segundo nombre:	IGNACIO
Primer apellido:	SANCHEZ	Segundo apellido:	ORTIZ
Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	6107914
Género:	Masculino	Correo electrónico:	alvaroisanchezortiz@gmail.com
Teléfono:	3183593663	Celular:	3183593663
Fecha de nacimiento:	30/11/1978	Dirección:	CALLE 86 No. 7-86, APT 603, BOGOTA DC
Lugar de residencia:		Barrio:	

Información Personalizada

¿Por qué eligió nuestra institución?	Reconocimiento de la institución	¿Por qué medio publicitario se enteró de nosotros?	Google

Acepto que la información suministrada es correcta, actualizada a la fecha y que puede ser susceptible a verificación; además, que esta pre-inscripción no aplica aceptación de la matrícula en la sede y programa seleccionados.

ALVARO IGNACIO SANCHEZ ORTIZ
C.C. 6107914

Secretaria 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:	18.12.18	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	BOGOTA

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		
SANCHEZ	ORTIZ	ALVARO	IGNACIO		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ■	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	6107914	CALI	16.03.1998
PASAPORTE ☐	OTRO ☐				ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
30.11.1978	CUCUTA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ CASADO(A) ■ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	3	2	31835933663

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 86 No.7-86, APT 603	BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIA	9288811

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
alvaroisanchezortiz@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
RAMIREZ	DIAZ	JULIANA	MARIA

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ■	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	29180758	CALI	25.06.1998	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ■ NO ☐	NACIONALIDAD:	COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

Secretaria 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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	**DECLARA RENTA**	**SI** ■ / **NO** ☐	**IVA**	**SI** ☐	**NO** ■	**CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA**	8621
			ICA	**SI** ☐	**NO** ■	**PRINCIPAL:** ■ **SECUNDARIA:** ☐	
GRAN CONTRIBUYENTE	**SI** ☐ **NO** ■	**AGENTE RETENEDOR**		**SI** ☐ **NO** ■		**AGENTE AUTORETENEDOR**	**SI** ☐ **NO** ■

FUNCIONARIO PUBLICO	**ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS**	**NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA**
SI ☐ **NO** ■	**SI** ☐ **NO** ■	SUBRED INTGRADA DE SERVICIO DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ■	**# NIT**	900959051-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ BANCARIA TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ALIMENTOS MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	**TELEFONO**	**CIUDAD/MUNICIPIO**	**DEPARTAMENTO**	**PAIS**
DIAGONAL 34 No.5-43	3444484	BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL	CIRUJANO GENERAL		**FECHA VINCULACION**	16.09.2018

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	$ 5,000,000	GASTOS FAMILIARES	$ 6,000,000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	$ 3,400,000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*	$ 10,000,000	OTROS EGRESOS*	$ 4,000,000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**$ 15,000,000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 13,400,000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 0**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 0**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	**DESCRIPCION OTROS EGRESOS**	**DESCRIPCION OTROS ACTIVOS**	**DESCRIPCION OTROS PASIVOS**
BECA PARA REALIZAR ESTUDIOS	MENSUALIDAD ESTUDIO HIJOS		

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**
GUTIERREZ	**MARTINEZ**	**MARIA**	**ISABEL**
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CALLE 4B No.36-00, EDIF 100, OFIC 114, CALI COLOMBIA	**CALI/VALLE/COLOMBIA**	**EX JEFE**	**5570255**

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	**TIPO DE PRODUCTO**	**NUMERO**	**SUCURSAL**	**TELEFONO**
BANCOLOMBIA	**CUENTA DE AHORROS**	**60522426931**	**CALI**	

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 ☐ TRANSFERENCIA ☐ 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.):

EJERCICIO MEDICO COMO CIRUJANO GENERAL

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:		

NIT - 805000427

CERTIFICADO DE AFILIACION A COOMEVA EPS

(NO VALIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS

USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)

El afiliado ALVARO IGNACIO SANCHEZ ORTIZ identificado con CC-6107914 está vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE SECUNDARIO CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse en las líneas gratuitas: 01 8000 110 779 ó 01 8000 930 779.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el dia Noviembre 29 de 2018.

Cordialmente,

Director Nacional Ingresos

6107914

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ALVARO IGNACIO SANCHEZ ORTIZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **6107914,** se encuentra afiliado (a) desde **14/06/2005** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 18 de diciembre de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

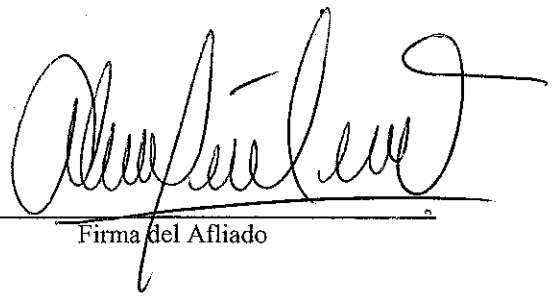
Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

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

6107914			SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento			ARL
ALVARO	IGNACIO	SANCHEZ	ORTIZ
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
30/11/1978	CUCUTA	CALLE 86#7-86, APT603	9288811
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
COOMEVA	COLPENSIONES	$	5.000.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones		Honorarios
CIRUJANO GENERAL			
Objeto Contractual (Cargo)			Fecha Inicio del Contrato
alvaroisanchezortiz@gmail.com			3183593663
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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119375295

WEB
11:12:25

Bogotá DC, 18 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) ALVARO IGNACIO SANCHEZ ORTIZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 6107914:

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 18 de diciembre de 2018, a las 11:18:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	6107914
Código de Verificación	6107914181218111833

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2620781

Bogotá D.C., 18 de Diciembre de 2018 - 11:14 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **SEIS MILLONES CIENTO SIETE MIL NOVECIENTOS CATORCE**

6107914

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_X3K5M_1311
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 11:20:55 horas del 18/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **6107914**
Apellidos y Nombres: **SANCHEZ ORTIZ ALVARO IGNACIO**

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.

Bancolombia
NIT. 890.903.938-8

Santiago de Cali, Julio 11 de 2018

Señores
A QUIEN PUEDA INTERESAR
Cali

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ALVARO IGNACIO SANCHEZ ORTIZ identificado (a) con número cedula 6.107.914 a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos. ACTIVOS.

Nombre Producto	No Producto	Fecha de apertura
CUENTA AHORROS	605-224269-31	2014/03/27

El manejo de este (os) producto (s) es adecuado y responde a las condiciones y compromisos adquiridos con BANCOLOMBIA.

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el teléfono 032 4850543 de Cali, o en nuestra sucursal **Jardín Plaza 605**

Atentamente

BANCOLOMBIA.
Cali - Of. 605 Jardín Plaza
Asesor de servicios Nº 151
Cédula Nº 29.270.83

MAGDA ROSA SANTANA TORRES
Asesor Comercial

* **Importante:** Esta constancia sólo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.