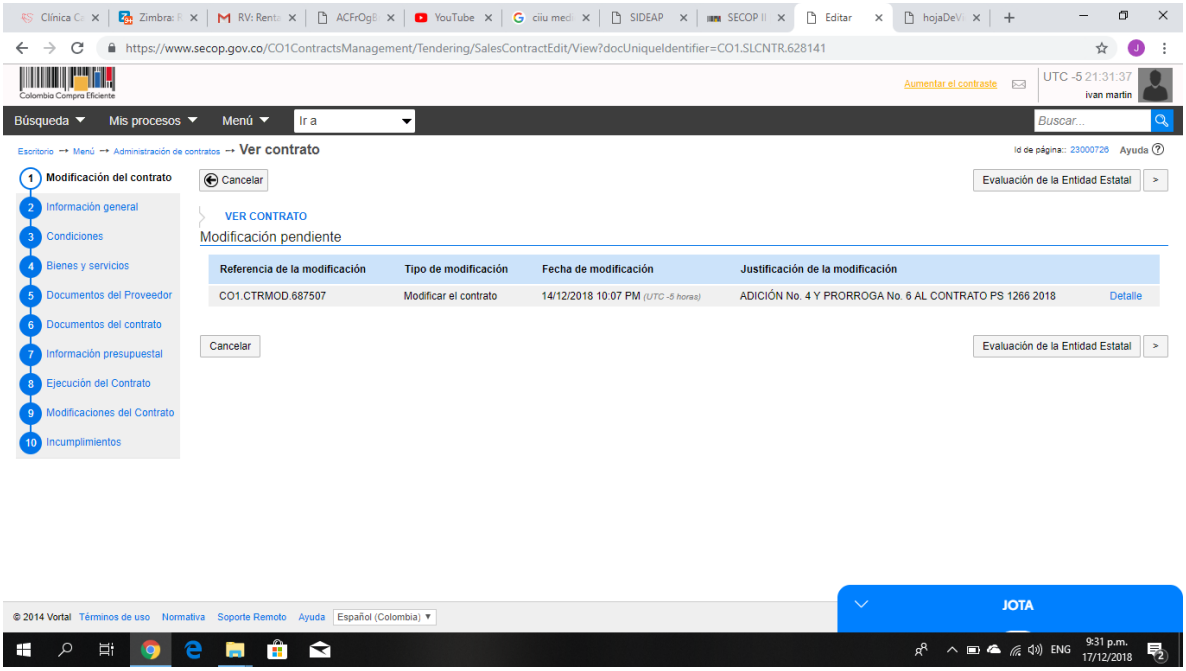

https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.628141
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 21:31:37
ivan martin
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
Id de página:: 23000726
Ayuda
1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 Ejecución del Contrato
9 Modificaciones del Contrato
10 Incumplimientos
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Modificación pendiente
Referencia de la modificación
Tipo de modificación
Fecha de modificación
Justificación de la modificación
CO1.CTRMOD.687507
Modificar el contrato
14/12/2018 10:07 PM (UTC -5 horas)
ADICIÓN No. 4 Y PRORROGA No. 6 AL CONTRATO PS 1266 2018
Detalle
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
© 2014 Vortal Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
JOTA
ENG
9:31 p.m.
17/12/2018

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: 17-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MARTIN	GONZALEZ	IVAN DARIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1030537064

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 87050964343 D.M 2

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 9 MES MAY AÑO 1987

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 44C 45 - 28, TORRE 6 APTO 803

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2456560

EMAIL idmarting@unal.edu.co

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER TECNICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2003
										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	3	2015	
UN	12	X		SIN REGISTRAR	7	2010	89145/11

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-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 UNIVERSITARIO NACIONAL		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	talentohumano@hun.edu.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3165000	DIA 16 MES 4 AÑO 2016	DIA 1 MES 8 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CIRUJANO GENERAL	CIRUGIA	Kr 20 cll 45, Ciudad Universitaria

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SANTA CLARA II NIVEL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	notificacionesjudiciales@esesantaclara.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3282828	DIA 15 MES 11 AÑO 2015	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CIRUJANO GENERAL	DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	CRA 14 B No. 1 45 Sur Bogota D.C

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
BAXTER RTS		X	Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5893000	DIA 5 MES 11 AÑO 2015	DIA 25 MES 8 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CIRUJANO GENERAL	CIRUGIA	Transversal 23 No. 97 73 piso 6

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: 17-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*
CIOSAD S.A.S		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	info@ciosad.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3208400	DIA 15 MES 5 AÑO 2015	DIA 25 MES 8 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CIRUJANO GENERAL	DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	Av. Calle 33 N 14 37

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
FUNDACION CLINICA SHAIO		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	Info@shaio.org

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5938210	DIA 5 MES 5 AÑO 2015	DIA 25 MES 8 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
CIRUJANO GENERAL	DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	Diagonal 115A No. 70c 75

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	8
PRIVADO	3	7
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).

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: 17-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento Bogotá 17 Diciembre 2018

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA 1070037061

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: 17-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, IVAN DARIO MARTIN GONZALEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1030537064 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CALLE 44C 45 - 28, TORRE 6 APTO 803 **Teléfonos** 3107660446 2456560

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
SANTIAGO MARTIN RAMIREZ	1000456043	HIJO(A)
ISABELA MARTIN RAMIREZ	1018443767	HIJO(A)
ROGER MARTIN GONZALEZ	80735727	HERMANO(A)
ELIZABETH GONZALEZ HENAO	35334423	MADRE
ANTONIO MARTIN CALDERON	19093302	PADRE

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 11.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 195.000.000,00
TOTAL	$ 206.000.000,00

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
banco de bogota	AHORROS	129124889	venecia central	$ 3.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

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: 17-dic-2018

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
GESCO SAS	ARRIENDO	$ 1.812.000,00
COLEGIO CAMBRIDGE	PENSION	$ 1.880.000,00
COLEGIO MONTERROSALES	PENSION	$ 1.750.000,00
JENNY TAPIAS	OFICIOS VARIOS	$ 1.200.000,00

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
ALTERNATIVAS QUIRURGICAS SAS	MAYORITARIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
JOHANA RAMIREZ PEREZ	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	53002094

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. 17-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TÍTULO DE

Médico Cirujano

A

Iván Darío Martín González

C.C. 1.030.537.064 de Bogotá

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO, Y PREVIO AL JURAMENTO DE RIGOR, OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá, a los 16 días del mes de julio de 2010.

DECANATURA DE FACULTAD | RECTORÍA | SECRETARÍA GENERAL

REGISTRO No. 1279 del Libro de Diplomas Nº 3 Folio Nº 86
DE LA SEDE DE Bogotá , FACULTAD DE Medicina

0121201

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

TENIENDO EN CUENTA QUE

Ivan Dario Martin Gonzalez

C.C. 1.030.537.064 de Bogotá D.C.

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS REGLAMENTARIOS DEL PROGRAMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO LE CONFIERE EL TÍTULO DE

Especialista en Cirugía General

EN LA CIUDAD DE Bogotá D.C., a los 18 días del mes de marzo de 2015

DECANA/DIRECTORA DE FACULTAD

RECTOR(A)

SECRETARIA GENERAL

REGISTRO No. 1772, Folio 19 del Libro de Diplomas No. 4

DE LA SEDE DE Bogotá FACULTAD DE Medicina

39725

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 1241

El Consejo de Facultad en su sesión del día 1º de julio de 2010 Acta 22

CONSIDERANDO QUE

Iván Darío Martín González

C.C. 1.030.537.064 de Bogotá

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Médico Cirujano

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 121201 *consignado en el Registro No.* 1279 del Libro 3 Folio 86

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá, a los 1 días del mes de julio de 2010.

PRESIDENCIA
Consejo de Facultad

SECRETARÍA
Consejo de Facultad

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 1751

El consejo de Facultad en su sesión del día 22 de enero de 2015 - Acta No. 01

CONSIDERANDO QUE

Ivan Dario Martin Gonzalez

C.C. 1.030.537.064 de Bogotá D.C.

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Especialista en Cirugía General

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Numero **39725** *consignado en el Registro No.* **1772, Folio 19 del Libro No. 4**

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de **Bogotá D.C., a los 22 días del mes de enero de 2015**

PRESIDENCIA
Consejo de Facultad

SECRETARÍA
Consejo de Facultad

Bogotá D.C

Señores:

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

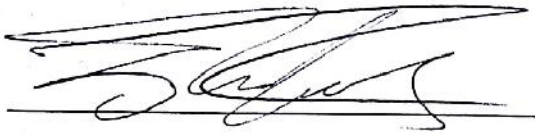
REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Juan David Martin Gonzalez 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:

Especialista en Cirugia General
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 1030571064

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: C1144c 45-28 6-803

Teléfono: 3107660446

Scanned by CamScanner

CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLOGICAS
CLINICA SAN DIEGO CIOSAD S.A.S
NIT 830.099.212-1

CERTIFICA QUE

El Doctor **IVAN DARIO MARTIN GONZALEZ** identificado con c.c 1.030.537.064 de Bogota, realiza turnos de acuerdo a su disponibilidad desempeñándose como **CIRUJANO GENERAL** en convenio por prestación de servicios profesionales desde el 01 de Abril de 2015 con un ingreso promedio mensual del último trimestre de Cinco Millones Ochocientos cuarenta mil pesos ($5.840.000) m/cte, sin que esto genere vinculo laboral entre las partes.

Se expide la presente certificación al veintiuno (21) día del mes de Noviembre de 2016, a solicitud del interesado.

Cordialmente,

MILTON CESAR BAUTISTA BOTELLO
DIRECTOR DE TALENTO HUMANO
TEL 3208400 EXT 127

RTS

CERTIFICACIÓN

Nos permitimos certificar que:

1. El Doctor **IVAN DARIO MARTIN GONZALEZ identificado con CC** 1030537064 de Bogotá, celebró Contrato de Prestación de Servicios Profesionales Independientes como CIRUJANO GENERAL con la sociedad **RTS S.A.S.**

2. El contrato de Prestación de Servicios Profesionales Independientes antes citado fue suscrito el día primero (01) de Mayo de dos mil dieciséis (2016), dicho contrato no ha sido reemplazado por alguno otro de distinta naturaleza y aun se encuentra vigente.

3. El Doctor IVAN DARIO MARTIN GONZALEZ, nos presta servicios de accesos perioneales y vasculares para Nuestros Pacientes Renales.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado y es válida por tres meses.

Dada en Bogotá, a los Nueve (09) días del mes de Febrero del año dos mil Diecisiete (2017).

Atentamente,

RTS
Contratación de Servicios Clínicos e Institucionales

Leonardo Antonio Silva Arevalo
Jefe de Contratación de Servicios Clínicos e Infraestructura
Operaciones RTS

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

1.030.537.064

NUMERO

MARTIN GONZALEZ

APELLIDOS

IVAN DARIO

NOMBRES



FIRMA

Scanned by CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-MAY-1987**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.77
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

25-MAY-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500108-47139503-M-1030537064-20050801 **02562** 05212A 02 200475940

Scanned by CamScanner

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 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14213289760

(415)7707212489984(8020) 000001421328976 0

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 0 3 0 5 3 7 0 6 4	2 0 0 5 0 5 2 5

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MARTIN	GONZALEZ	IVAN	DARIO

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 42 G 74 A 55 SUR IN 7 AP 219 CON MULTIFAMILIARES LAGO TIMIZA

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
idmarting@unal.edu.co		2 9 3 6 2 4 3	3 0 1 4 6 2 2 7 1 2

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 9 1 1 0 5					

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 2 1 2 2 7

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 MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA
985. Cargo: Gestor II

DOCUMENTO CERTIFICADO 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: 24-08-2016
Hora: 2:53:18 PM

CONTRIBUYENTE NIT 1030537064-7 IVAN DARIO MARTIN GONZALEZ

Información General

Dirección CL 42 G 74 A 55 SUR IN 7 AP 219

Teléfonos 4688336/3107660446
Dirección electrónica idmarting@unal.edu.co

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 05/11/2009
Soporte Inscripción 13055311
Fecha Inicio Actividades 05/11/2009
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica 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: *16001092701*

Fuente ICA TE TOCA

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

87050964343

MARTIN GONZALEZ

IVAN DARIO



PERTENECE AL EJERCITO DE:

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC. 2017	31 - DIC. 2027	31 - DIC. 2037

PROFESION BACHILLER

FECHA EXPEDICION 28-ENE-2004

Scanned by CamScanner

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

50 12178/2011
Registro No.

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

Profesión u Ocupación

MÉDICO

Nombres y Apellidos

IVAN DARIO MARTIN GONZALEZ

C.C. o C.E.

1030537064

Institución de Educación

U.NACIONAL DE COL

Ciudad

BOGOTÁ, D.C.

Código **89145/11**

Fecha de Expedición **19/06/2015**

Scanned by CamScanner

GOBERNACIÓN DEL META
NIT. 982.000-148 -8
Villavicencio

RESOLUCIÓN NÚMERO 50- 12178
Por la cual se registra un título y se autoriza el ejercicio de la profesión

LA JEFE DE LA OFICINA DE SEGURIDAD SOCIAL, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

En uso de sus facultades y en especial las conferidas en la Resolución 2595 de 2010 de Minprotección Social y Resolución 088/04 de la Secretaría Departamental de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que IVAN DARIO MARTIN GONZALEZ con cédula de ciudadanía 1.030.537.064 de Bogotá, ha solicitado autorización del ejercicio profesional como Médico Cirujano, según título que le otorgó la Universidad Nacional de Colombia y acta de grado 1241 del 01 de julio de 2010.

Que dicho título se encuentra debidamente registrado en el folio 86, libro 3 del 16 de julio de 2010, por la Universidad Nacional de Colombia.

Que, IVAN DARIO MARTIN GONZALEZ con cédula de ciudadanía 1.030.537.064 de Bogotá, prestó el Servicio Social Obligatorio como Médico Cirujano, en el Centro de Atención del municipio de La Macarena – Meta del 02 de agosto de 2010 al 01 de febrero de 2011.

Que el Comité de Servicio Social Obligatorio del Ministerio de la Protección Social, según acta número 003 del 06 de abril de 2011, exoneró de seis (6) meses al doctor IVAN DARIO MARTIN GONZALEZ con cédula de ciudadanía 1.030.537.064 de Bogotá, por lo tanto se considera cumplido el tiempo del Servicio Social Obligatorio.

Que el artículo segundo del Decreto 1875 de 1994, define que es función de esta Secretaria de Salud, registrar los títulos del área de la salud.

Que en virtud de lo expuesto, este Despacho.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. Registrar el titulo de Médico Cirujano, expedido por la Universidad Nacional de Colombia a IVAN DARIO MARTIN GONZALEZ con cédula de ciudadanía 1.030.537.064 de Bogotá.

ARTÍCULO SEGUNDO. Autorizar a IVAN DARIO MARTIN GONZALEZ con cédula de ciudadanía 1.030.537.064 de Bogotá, para ejercer la profesión de Médico Cirujano en el Territorio Nacional.

ARTÍCULO TERCERO. Contra la presente resolución procede el recurso de reposición y apelación en los términos establecido en el Decreto 01 de 1984.

NOTÍFIQUESE Y CÚMPLASE
Villavicencio, abril 18 de 2011

MARLENY ROJAS HOLGUIN
Jefe Oficina de Seguridad Social, I.V.C.

Gloria C.

Calle 37 No. 41 – 80 Barrio Barzal Alto
Tel. 6702852 ext 104 fax – 6620158 Email: registrossaludmeta@gmail.com

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1030537064

Primer Nombre *

Ivan

Primer Apellido *

martin

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-18→5:15:59 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1030537064	IVAN	DARIO	MARTIN	GONZALEZ	Ver

Información Detallada [CC: 1030537064] IVAN DARIO MARTIN GONZALEZ

2018-12-18→5:15:59 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Medicina	2011/4/18	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).

Tribunal Nacional de Etica Médica
Ley 23/81 - Artículo 63

C-3727

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Ética Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Ética Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **IVAN DARIO MARTIN GONZALEZ,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 1030537064 de Bogotá y T.P. o R.M. No. 50-12178/2011 del(a) Ministerio de Salud, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los veintinueve (29) días del mes de noviembre de dos mil dieciséis (2016) a solicitud del(a) interesado(a).

JAIME FERNANDO GUZMAN MORA MD., MSC
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

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

Scanned by CamScanner

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

Bogotá, D.C, 09 (día) de Enero (mes) de 2019 (año)

Yo Ivan Martin Gonzalez
identificado/a con Cc No. 1030537064, me comprometo a actualizar y entregar a la oficina de Talento Humano el (los) documento(s): Titulos de anticuerpos hepatitis B,
para que pueda(n) ser adjuntado(s) como soporte de mi hoja de vida, con fecha máxima 18/01/19.

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: idmarting@unal.edu.co
Dirección de contacto: Cll 44c 45 -28
Teléfono: 3107660446

LABORATORIO CLINICO MEDICO COLCAN
ANDRADE NARVAEZ

100303173

Nombre.	**MARTIN GONZALEZ IVAN DARIO**			Fecha de recepcion:	03-oct-2013 1:44 pm
Identificacion	CC 1030537064	Tel.	3107660446	Fecha de impresion:	01-abr-2014 10:47 pm
Edad	26 Años 0 Meses 0 Dias	Sexo	F	Empresa	UNIVERSIDAD NACIONAL - PACIENTES
Medico	MEDICOS VARIOS			Sede	NORTE
No. Ordenamiento				Fecha Validacion	05-oct-2013 7:54:00a.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
VARICELA-HERPES ZOSTER VIRUS: Ac. Ig G	31.2		
Metodo: Inmunoensayo Enzimático-EIA			
V. de Referencia:			
Negativo: Menor de 9.0			
Borderline: De 9.0 a 11.0			
Positivo: Mayor de 11.0			

YUBELLY ANDREA WILSON M
CC. 52.349.564
BACTERIOLOGA

HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	MAYOR DE 1000	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			
V. de Referencia:			
No Reactivo: Menor de 10 mUI/ml			
Reactivo: Mayor de 10 mUI/ml			

JOSE CARLOS PASTRANA GAZABON
CC 1,133,814,005
BACTERIOLOGO

PAOLA CARRERO PACHECO
C.C. 52.196.946
BACTERIOLOGA

NIT. 800.066.001-3
Sede Principal: Calle 49 No. 13-60 • PBX: 744 7555 Ext. 2315 - 2318 • Fax: 744 7555 Ext. 2325 - 2329
Sede Norte: Calle 109 No. 15-91 • Tel: 214 2124 • Fax: 214 2124
Sede Centro: Calle 19 No. 10-08 Cons. 204 • Tels: 282 2819 - 282 2717 • Fax: 282 2819
Calle 85 No. 12-15 • Tel: 236 3768 • Fax: 257 2012

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



U.P.R. MEDICINA LABORAL S.A.S.
900950998-3

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
CERTIFICADO DE APTITUD NO. 1030537064 - 147

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar	13 de Febrero de 2017 BOGOTA D.C	**Tipo de Examen**	INGRESO
Nombre	IVAN DARIO MARTIN GONZALEZ	**Cédula**	1030537064
Género	MASCULINO **Edad** 29	**Teléfono**	4752034 **Móvil:** 3107660446
Dirección	CRR 68C 22B 71	**E.P.S.**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Empresa	PARTICULAR	**Cargo**	MEDICO

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL REALIZADOS

Tipo de Valoración	Recomendaciones
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PRROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS CADA 50 MIN, HIGIENE POSTURA ESTILO D EVIDA SALUDABLE DIETA RICA EN FRUTAS VERDURAS, BAJA EN CARBOHIDRATOS. REALIZAR ACTIVIDAD FISICA 5 VECES A LA SEMNANA POR LO MENOS 45 MINUTOS SIARIOS. USO CORRECION OPTICA EN HORAS LABORALES. USO PROTECTOR SOLAR 3 VECES DIA

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL
APTO SIN RESTRICCIONES

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanent
NO REPORTA		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Promoción y Prevención

VISUAL — EXAMEN PERIODICO ANUAL -

Remisiones a Especialistas

NO REPORTA

PAULA ANDREA GONZALEZ RIOS **1020779958**
Médico Registro

IVAN DARIO MARTIN GONZALEZ **10305**
Firma Paciente Huella Cédula

Scanned by CamScanner

FUNDACION CLINICA SHAIO

Certifica que

IVAN DARIO MARTIN GONZALES

C.C 1030537064

Asistió y aprobó el

CURSO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL
Modalidad presencial

Se firma en Bogotá, D.C., a los dieciocho (18) días del mes de octubre de 2018

GILBERTO MEJÍA ESTRADA
Director General
Fundación Abood Shaio

GINNA PAOLA RECAMAN PINZON
Coordinadora de Educación
Fundación Abood Shaio

IVAN MARTIN

has successfully completed the

ACLS PROVIDER

program in accordance with the guidelines of the Heart and Stroke Foundation of Canada

Instructor Name: Steve Lin Sr

Date of Issue: JULY 11, 2010

Renewal Date: JULY 11, 2012

*Refreshing your skills annually is recommended

HEART & STROKE FOUNDATION

Finding answers. For life.

1-888-HSF-INFO

www.heartandstroke.ca

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:	2018-12-17	CIUDAD:	BOGOTÁ D.C	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ, DC,

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		
MARTIN	GONZALEZ	IVAN	DARIO		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1030537064	BOGOTÁ D.C.	2005-05-25
PASAPORTE ☐	OTRO ☐				ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒	☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1987-05-09	BOGOTÁ D.C	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) ☐	CASADO(A) ☒	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐		3	2	3107660446

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
CL 44C 45 28	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	COLOMBIA	2456560

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
idmarting@unal.edu.co		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	BOGOTÁ	JOHANA	CECILIA

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	53002094	BOGOTÁ D.C.	2001-03-17	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐	NACIONALIDAD:	COLOMBIANA

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

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	SI [X]	IVA	SI [ ]	NO [X]	CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA	
		NO [ ]	ICA	SI [X]	NO [ ]	8621	
						PRINCIPAL: [X] SECUNDARIA: [ ]	

GRAN CONTRIBUYENTE	SI [ ] NO [X]	AGENTE RETENEDOR	SI [ ] NO [X]	AGENTE AUTORETENEDOR	SI [ ] NO [X]

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO [ ]	SERVICIOS [X]	SALUD [ ]	# NIT: 900959051-7

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA ALIMENTOS MEDICAMENTOS [ ]
OTRA [ ] CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIAGONAL 34 5 43	3444484	BOGOTÁ DC	BOGOTÁ DC	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	CIRUJANO GENERAL	FECHA VINCULACION	2015-11-01

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	$ 1,000,000	GASTOS FAMILIARES	$ 3,200,000	AHORROS	$ 20,000,000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$ 11,000,000	ARRIENDOS	$ 1,800,000	INVERSIONES	$ 20,000,000	TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 4,000,000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**$ 12,000,000**	TOTAL EGRESOS	**$ 9,000,000**	TOTAL ACTIVOS	**$ 40,000,000**	TOTAL PASIVOS	**$ 0**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
	GASTOS PERSONALES		

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
PEREZ	ORTIZ	GLORIA	CECILIA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
TV 44A 49 08 SUR	BOGOTÁ	SUEGRA	316536829

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DE BOGOTÁ	CUENTA DE AHORROS	129124889	VENECIA CENTRAL	

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

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIA [ ] PRESTAMOS [ ] PAGO SERVICIOS [ ] CUAL: [ ]

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

HONORARIOS 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 requeriria 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:		

DIAN

Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Declaración de Renta y Complementario Personas Naturales y Asimiladas de Residentes y Sucesiones Ilíquidas de Causantes Residentes

PRIVADA

210

1. Año: 2017

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2113614941894

(415)7707212489984(8020) 000211361494189 4

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
1030537064	7	MARTIN	GONZALEZ	IVAN	DARIO	32

24. Actividad económica	Si es una corrección indique:	25.Cód.	26. No. Formulario anterior	27. Fracción año gravable 2018 (Marque "X")	28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque"X")
8621		1	2113613147093		

Patrimonio	Patrimonio bruto	29	3,595,000
	Deudas	30	0
	Total patrimonio líquido	**31**	3,595,000
Rentas de trabajo	Ingresos brutos por rentas de trabajo (art 103 E.T.)	32	49,688,000
	Ingresos no constitutivos de renta	33	4,095,000
	Renta líquida	**34**	45,593,000
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables	35	14,181,000
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables (limitadas)	36	14,181,000
	Renta líquida cedular de trabajo	**37**	31,412,000
Renta de pensiones	Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	38	0
	Ingresos no constitutivos de renta	39	0
	Renta líquida	**40**	0
	Rentas exentas de pensiones	41	0
	Renta líquida cedular de pensiones	**42**	0
Rentas de capital	Ingresos brutos rentas de capital	43	0
	Ingresos no constitutivos de renta	44	0
	Costos y gastos procedentes	45	0
	Renta líquida	**46**	0
	Rentas líquidas pasivas de capital – ECE	47	0
	Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas de capital	48	0
	Rentas exentas de capital y deducciones imputables (limitadas)	**49**	0
	Renta líquida ordinaria del ejercicio	**50**	0
	Pérdida líquida del ejercicio	**51**	0
	Compensación por pérdidas de ejercicios anteriores	52	0
	Renta líquida cedular de capital	**53**	0
Rentas no laborales	Ingresos brutos rentas no laborales	54	235,738,000
	Devoluciones, rebajas y descuentos	55	0
	Ingresos no constitutivos de renta	56	24,485,000
	Costos y gastos procedentes	57	117,502,000
	Renta líquida	**58**	93,751,000
	Rentas pasivas no laborales – ECE	59	0
	Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas no laborales	60	0
	Rentas exentas no laborales y deducciones imputables (limitadas)	**61**	0
	Renta líquida ordinaria del ejercicio	**62**	93,751,000
	Pérdida líquida del ejercicio	**63**	0
	Compensaciones	64	0
	Rentas líquidas gravables no laborales	65	0
	Renta líquida cedular no laboral	**66**	93,751,000

Liquidación privada

Renta por dividendos y participaciones	Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	67	0
	Ingresos no constitutivos de renta	68	0
	Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	**69**	0
	1a. Subcédula año 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	70	0
	2a. Subcédula año 2017 y siguientes Parágrafo 2 art. 49 del E.T.	71	0
	Renta líquida pasiva dividendos - ECE y/o recibidos del exterior	72	0
	Rentas exentas de la casilla 72	73	0
	Rentas líquidas gravables de dividendos y participaciones	**74**	0
Renta	**Total rentas líquidas cedulares**	**75**	125,163,000
	Renta presuntiva	76	0
Ganancia Ocasional	Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior	77	0
	Costos por ganancias ocasionales	78	0
	Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	79	0
	Ganancias ocasionales gravables	**80**	0
Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	De trabajo y de pensiones	81	0
	De capital y no laborales	82	16,656,000
	Por dividendos y participaciones año 2016 – casilla 69	83	0
	Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 1a, Subcédula	84	0
	Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a. Subcédula, y otros	85	0
	Total Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	**86**	16,656,000
	Impuesto sobre la renta presuntiva	**87**	0
	Total impuesto sobre la renta liquída	**88**	16,656,000
Descuentos	Impuestos pagados en el exterior	89	0
	Donaciones	90	2,315,000
	Otros	91	0
	Total descuentos tributarios	**92**	2,315,000
	Impuesto neto de renta	**93**	14,341,000
	Impuesto de ganancias ocasionales	94	0
	Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	95	0
	Total impuesto a cargo	**96**	14,341,000
	Anticipo renta liquidado año gravable anterior	97	0
	Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	98	2,330,000
	Retenciones año gravable a declarar	99	11,405,000
	Anticipo renta para el año gravable siguiente	100	0
	Saldo a pagar por impuesto	**101**	606,000
	Sanciones	102	0
	Total saldo a pagar	**103**	606,000
	Total saldo a favor	**104**	0

105. No. Identificación signatario

106. DV

107. No. Identificación recaudadora

108. Parentesco

981. Cód. Representación

Firma del declarante o de quien lo representa

997. Espacio ex

Firmado

2018

6

2018-09-03 / 03:36:56 PM

Fecha Acuse de Recibo

980. Pago total $ 0

982. Cód. Contador

Firma contador

994. Con salvedades

983. No. Tarjeta profesional

996. Espacio para el número interno dela DIAN/ Adhesivo

91000548812287

20182477913836

PRUEBA

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) IVAN DARIO MARTIN GONZALEZ identificado(a) con cedula ciudadania 1.030.537.064 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 18 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

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
10565288

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

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **IVAN DARIO MARTIN GONZALEZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1030537064,** se encuentra afiliado (a) desde **14/12/2009** 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 20 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

1030537064	POSITIVA
Numero de Documento	ARL

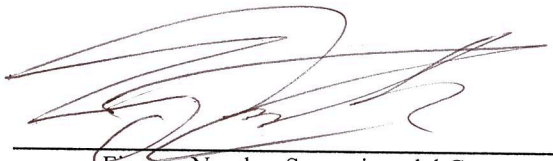
IVAN	DARIO	MARTIN	GONZALEZ
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

09/05/19987	BOGOTA	CALLE 44C#45-28	2456560
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

COMPENSAR	COLPENSIONES	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

CIRUJANO	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

DMARTING@UNAL.EDU.CO	3107660446
Correo Electrónico	Celular

	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C. 1030537064

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119356943

WEB
05:05:19

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) IVAN DARIO MARTIN GONZALEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1030537064:

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 05:07:47, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1030537064
Código de Verificación	1030537064181218050747

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. 2619935

Bogotá D.C., 18 de Diciembre de 2018 - 5:11 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: **UN MIL TREINTA MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SESENTA Y CUATRO**

1030537064

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_GWQ34_105
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 05:13:33 horas del 18/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1030537064**
Apellidos y Nombres: **MARTIN GONZALEZ IVAN DARIO**

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

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

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

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MARTIN GONZALEZ IVAN DARIO identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1030537064 está vinculado con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

[ ]	Cuenta Corriente No.	*-	//
[X]	Cuenta de Ahorros No.	129124889	abierta desde el04/11/11
[ ]	Créditos hasta por valor de $	0.00	

CONCEPTO: LA CUENTA SE ENCUENTRA ACTIVA Y EN ESTADO NORMAL A LA FECHA XXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Se expide en BOGOTA el día 28 del mes de Mayo del año 2013 con destino a FUNDACION SAN CARLOS

Banco de Bogotá
CR CRA 11 [illegible]
FIRMA AUTORIZADA

Firmas Autorizada

056 Cra 11 No. 68 - 09

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSA...

Generated by CamScanner