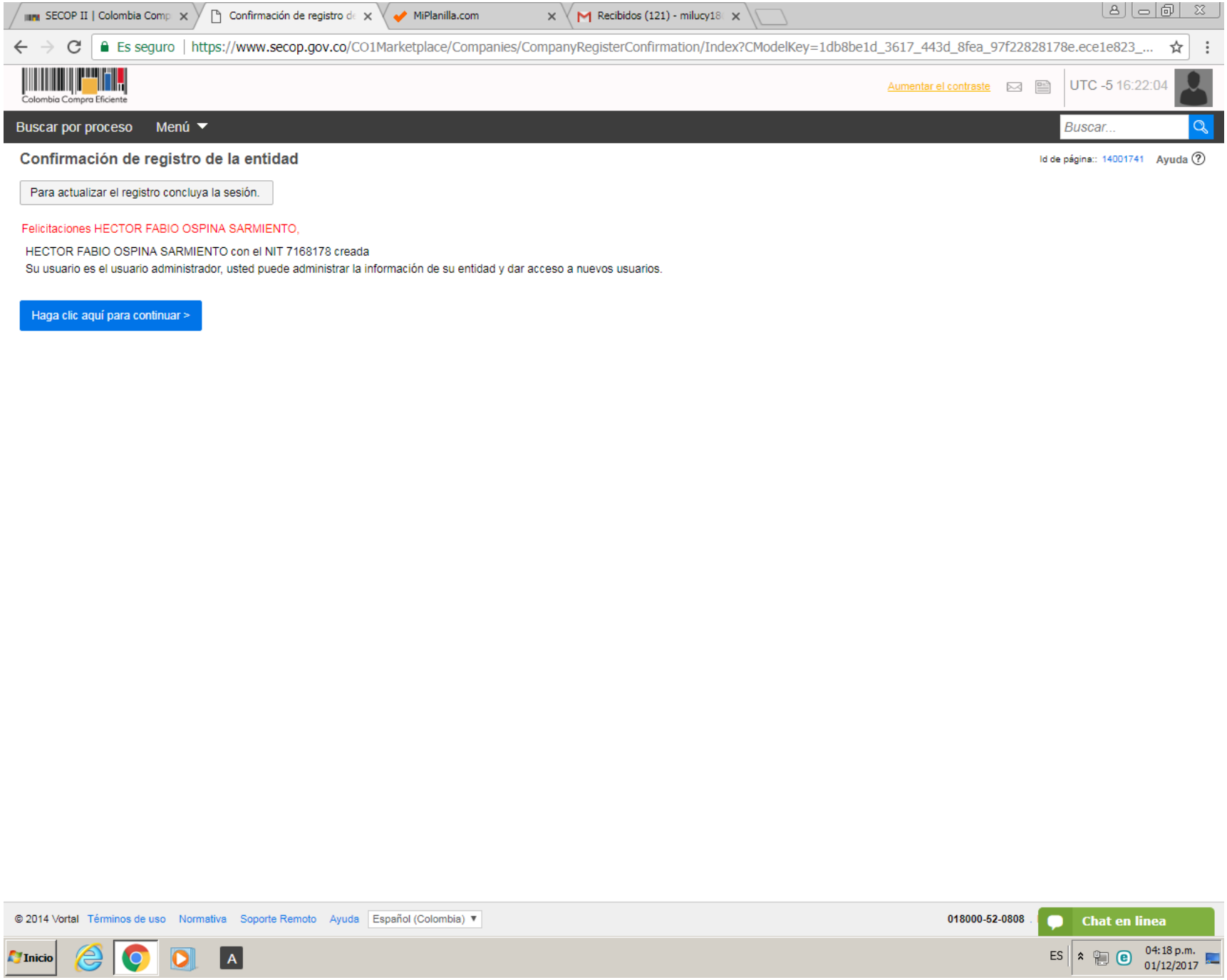

SECOP II | Colombia Comp
Confirmación de registro d
MiPlanilla.com
Recibidos (121) - milucy18
Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmation/Index?CModelKey=1db8be1d_3617_443d_8fea_97f22828178e.ece1e823_...
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 16:22:04
Buscar por proceso
Menú
Buscar...
Confirmación de registro de la entidad
Id de página:: 14001741
Ayuda
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO,
HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO con el NIT 7168178 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.
Haga clic aquí para continuar >
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808
Chat en linea
Inicio
ES
04:18 p.m.
01/12/2017

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: 18-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
OSPINA	SARMIENTO	HECTOR FABIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 7168178

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 73100508823 D.M 05

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 5 MES OCT AÑO 1973

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

CIUDAD Tunja

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 53 A No 127-70

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3158724635

EMAIL hefos98@yahoo.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1990
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	10	X		ADMINISTRADOR DE EMPRESAS	12	2017	
ES	8	X		ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA	1	2004	
UN	12	X		MEDICO Y CIRUJANO	6	1997	

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* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* 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: 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*
SUBRED INTEGRADA SERVICIOS SALUD CENTRO ORIENTE	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 2 MES 3 AÑO 2015	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO NEUROLOGO	AMBULATORIOS	DIAGONAL 34 No 5-43

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	3	9
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	3	9

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 DC 18/12/2018

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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: 18-dic-2018

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: 18-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 7168178 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CRA 53 A No 127-70 **Teléfonos** 3158724635 3158724635

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JUAN NICOLAS OSPINA VALDERRAMA	1019143749	HIJO(A)
JUAN SEBASTIAN OSPINA VALDERRAMA	1000795456	HIJO(A)
MATEO OSPINA VALDERRAMA	1001193377	HIJO(A)

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	$ 312.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 312.000.000,00

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 DAVIVIENDA	AHORROS	0550450800058403	UNICENTRO	$ 500.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	INMUEBLE	$ 180.000.000,00
VEHICULO	AUTOMOVIL	$ 40.000.000,00
VEHICULO	AUTOMOVIL	$ 20.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

BANCOLOMBIA	CREDITO	$ 200.000.000,00
BANCO DAVIVIENDA	CREDITO	$ 100.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

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

República de Colombia

Universidad Militar "Nueva Granada"

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
SCIENTIAE - PATRIAE - FAMILIAE

Por autorización del Ministerio de Educación Nacional, y en consideración a que

Héctor Fabio Ospina Sarmiento

C.C. 7.168.178 Expedida en Tunja (Boy.)

Ha cumplido en

Hospital Militar Central

Con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de Especialista en

Neurología

Bogotá, D.C., 26 de Marzo de 2004.

Rector

Vicerrector Académico

Decano Facultad

Director

Jefe Educación Médica

Jefe División Registro Académico

Acta de Postgrado No. PG3261-UMNG. Registro No. PG-4411.

Registro Oficial
Anotado al folio 5009 del libro 03
Bogotá, D.C., Día 29 Mes 03 Año 2004

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica Resolución No.11153 Ministerio de Educación Nacional

En nombre de la República de Colombia y por autorización
del Ministerio de Educación Nacional, en atención a que

Héctor Fabio Ospina Sarmiento

C.C. No. 7.168.178 Expedida en Tunja
Cumplió con los requisitos del Programa Académico de la

Escuela Colombiana de Medicina

Le confiere el Título de

Médico Cirujano

En testimonio de ello le otorga el presente Diploma.

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., 12 de Junio de 1997.

Rector

Decano

Secretario General

Presidente del Claustro

Presidente del Consejo Directivo

Registro 2173
Folio 96 Libro de Registro

00037-01457

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Res. Ministerio de Educación No. 327- Feb. 05/97

ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA

02507

El Consejo Directivo de la UNIVERSIDAD EL BOSQUE en su sesión del día 14 de mayo de 1997, Acta No. 542, y considerando que

HÉCTOR FABIO OSPINA SARMIENTO

C.C. 7.168.176 de Tunja.

Cumplió satisfactoriamente todos los requisitos académicos exigidos en el Reglamento Estudiantil, le confirió en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación el título de:

MEDICO CIRUJANO

Y le hizo entrega del diploma No.00037-01457, el 12 de junio de 1997. De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 63 del Decreto 2150 de diciembre 5 /95 y en el Decreto Reglamentario No. 0636 del 3 de abril de 1996, este diploma ha sido registrado en el Libro Oficial de Diplomas de la Universidad el Bosque - Escuela Colombiana de Medicina con el número 2173 folio 96.

En testimonio de lo anterior, se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C. a los doce (12) días del mes de junio de mil novecientos noventa y siete (1997).

DR. JAIME ESCOBAR TRIANA
RECTOR

DR. MIGUEL RANGEL FRANCO
VICERRECTOR ACADÉMICO (E)

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
UNIVERSIDAD MILITAR "NUEVA GRANADA"
Resolución Nº 12975 de Julio 23 de 1982 Ministerio de Educación Nacional

Nº 0028663

ACTA DE POST-GRADO Nº PG-3261-UMNG
ACTA Nº 635/2004 H.M.C. – D.E.M.

En Bogotá, D.C., a los Veintiséis (26) días del mes de marzo del año Dos Mil Cuatro (2004) se reunieron los siguientes funcionarios: Por parte de la Universidad: el señor Brigadier General **ADOLFO CLAVIJO ARDILA,** Rector; **MAURICIO GONZALEZ MEDINA**, Vicerrector Académico; Coronel Médico **JUAN MIGUEL ESTRADA GRUESO**, Decano de la Facultad de Medicina. Por parte del Hospital Militar Central: Coronel® Medico **RAFAEL A. REYES RODRÍGUEZ**, Director y la Doctora **MARITZA SANCHEZ RAMÍREZ**, Jefe División de Educación e Investigación Científica, con el objeto de estudiar los resultados académicos de un Residente que adelantó sus estudios de Educación Avanzada y otorgar al mismo el título de **ESPECIALISTA**. Para efecto se procedió como a continuación se indica.

FUNDAMENTOS LEGALES

Artículos 8, 10, 24, 25, 28 y 137 de la Ley 30 de 1992, artículo 2º. y literal g) del artículo 3º del Decreto 2725 de 1980; artículo 1º del Decreto 2273 de 1985; Resolución 12975 de 1985 del Ministerio de Educación Nacional y Acuerdos Nº 129 y 312 de 1984 del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior – ICFES y la Resolución 399 del 06 de octubre de 1993 de la Universidad Militar Nueva Granada.

OTORGAMIENTO DE TITULOS

La Rectoría de la Universidad Militar teniendo en cuenta que la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud por intermedio de su Decano, la División de Registro Académico por intermedio de su Jefe y el Hospital Militar Central por intermedio de su Director, han informado que el Profesional **HÉCTOR FABIO OSPINA SARMIENTO,** identificado con la cédula de ciudadanía Nº 7.168.178 de Tunja(Boy.), ha cumplido satisfactoriamente con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los Reglamentos Internos de la Universidad Militar Nueva Granada y del Hospital Militar Central y las normas legales pertinentes, resuelve en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional otorgarle el título de **ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA,** quedando registrado su diploma y acta de grado con el número de registro **PG-4411.**

Para constancia de lo anterior y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 7º del Decreto Nº 2725 del 10 de octubre de 1980 firman al respaldo los que en ella intervinieron.

Doctora MARITZA SANCHEZ RAMIREZ
Jefe División de Educación e Investigación Científica
Hospital Militar Central

Siguen firmas al respaldo.....

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E ESTRATÉGICO– GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS	CÓDIGO: AP-TH-FT-014 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-01-16

Bogotá D.C

Señores:

Universidad el Bosque / Universidad Nueva Granada

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

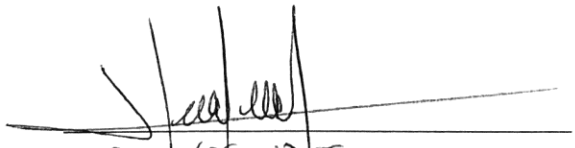
Yo, Hector Fabio Ospina Sarmiento en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Médico Cirujano / Neurólogo

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 7 168 178.

Tarjeta profesional No: 7 168 178.

Dirección de contacto: Cra 53A # 127-70

Teléfono: 3158724635

El INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S.

Nit. 900359092-4

CERTIFICA QUE:

El Señor HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO identificado con Cédula de Ciudadanía No. 7168178 de Tunja, presta sus servicios independientes como NEUROLOGO en esta institución desde el día 1 de Julio de 2011.

Esta certificación se expide por solicitud del (la) interesado(a) a los veinticuatro (24) días del mes de Mayo del 2018.

Cordialmente,



_____

Laura Alejandra Restrepo G.
Coordinadora de Talento Humano
INSTITUTO NACIONAL DE DEMENCIAS EMANUEL S.A.S
Cra 22 N° 142-63
Teléfono: 317 3651197


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO
7168178
OSPINA SARMIENTO
APELLIDOS
HECTOR FABIO
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
05-OCT-1973
TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
18-SEP-1992 TUNJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
A-1500101-70077253-M-0007168178-20000816
00642 00225A 01 089264980

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: 14286668086

(415)7707212489984(8020) 000001428666808 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 1 6 8 1 7 8	1	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	7 1 6 8 1 7 8	1 9 9 2 0 9 1 8

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Boyacá 1 5	Tunja 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OSPINA	SARMIENTO	HECTOR	FABIO

35. Razón social:

36. Nombre comercial: CENTRO DE ESTIMULACION TEMPRANA TIMOTEOS CET

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: CR 53 A 127 70 AP 1009

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
hectorfabioospina@gmail.com		3 1 5 8 7 2 4 6 3 5	

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 4 0 2 1 8	8 5 1 2	2 0 0 6 0 7 1 3			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario
22- Obligado a cumplir deberes formales

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI X NO

60. No. de Folios: 2

61. Fecha: 2 0 1 4 0 3 2 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: JAIMES JAUREGUI JUAN MASIAS
985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14286668086

(415)7707212489984(8020) **000001428666808 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 1 6 8 1 7 8	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza	63. Formas asociativas	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados
65. Fondos	66. Cooperativas	67. Sociedades y organismos extranjeros
68. Sin personería jurídica	69. Otras organizaciones no clasificadas	70. Beneficio

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase:	0 9	
72. Número:		
73. Fecha:	Año Mes Día	Año Mes Día
74. Número de Notaría:		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro:	2 0 0 6 0 7 1 3	Año Mes Día
77. No. Matrícula mercantil:	0 1 6 1 5 6 6 4	
78. Departamento:	1 1	
79. Ciudad/Municipio:	4	
Vigencia:		
80. Desde:	Año Mes Día	Año Mes Día
81. Hasta:	Año Mes Día	Año Mes Día

Composición del Capital

82. Nacional:	%
83. Nacional público:	%
84. Nacional privado:	%
85. Extranjero:	%
86. Extranjero público:	%
87. Extranjero privado:	%

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control:

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual:	90. Fecha cambio de estado:	91. Número de Identificación Tributaria (NIT):	92. DV
1		Año Mes Día	-	
2		Año Mes Día	-	
3		Año Mes Día	-	
4		Año Mes Día	-	
5		Año Mes Día	-	

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante:	96. DV.
			-

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

Colombia, un compromiso que no podemos evadir.

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14286668086

(415)7707212489984(8020) **000001428666808 6**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 1 6 8 1 7 8	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento: Establecimiento de comerci 0 2
161. Actividad económica: Educación preescolar 8 5 1 2
162. Nombre del establecimiento: CENTRO DE ESTIMULACION TEMPRANA TIMOTEOS CET
163. Departamento: Bogotá D.C. 1 1
164. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1
165. Dirección: TV 30 114 11
166. Número de matrícula mercantil: 0 1 6 1 5 6 6 5
167. Fecha de la matrícula mercantil: 2 0 0 6 0 7 1 3
168. Teléfono: 3 1 5 8 7 2 4 6 3 5
169. Fecha de cierre: AAAA MM DD

2

160. Tipo de establecimiento:
161. Actividad económica:
162. Nombre del establecimiento:
163. Departamento:
164. Ciudad/Municipio:
165. Dirección:
166. Número de matrícula mercantil:
167. Fecha de la matrícula mercantil; AAAA MM DD
168. Teléfono:
169. Fecha de cierre: AAAA MM DD

3

160. Tipo de establecimiento:
161. Actividad económica:
162. Nombre del establecimiento:
163. Departamento:
164. Ciudad/Municipio:
165. Dirección:
166. Número de matrícula mercantil:
167. Fecha de la matrícula mercantil; AAAA MM DD
168. Teléfono:
169. Fecha de cierre: AAAA MM DD

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Colombia, un compromiso que no podemos evadir.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha 24-05-2018
Hora 4:44:06 PM

CONTRIBUYENTE NIT 7168178-1 HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO

Información General

Dirección KR 53 A 127 70 AP 1009

Teléfonos 3158724635
Dirección electrónica HECTORFABIO.OSPINA@GMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 17/02/2010
Soporte Inscripción 13072853
Fecha Inicio Actividades 16/04/2004
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
 # Establecimientos 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN COMUN

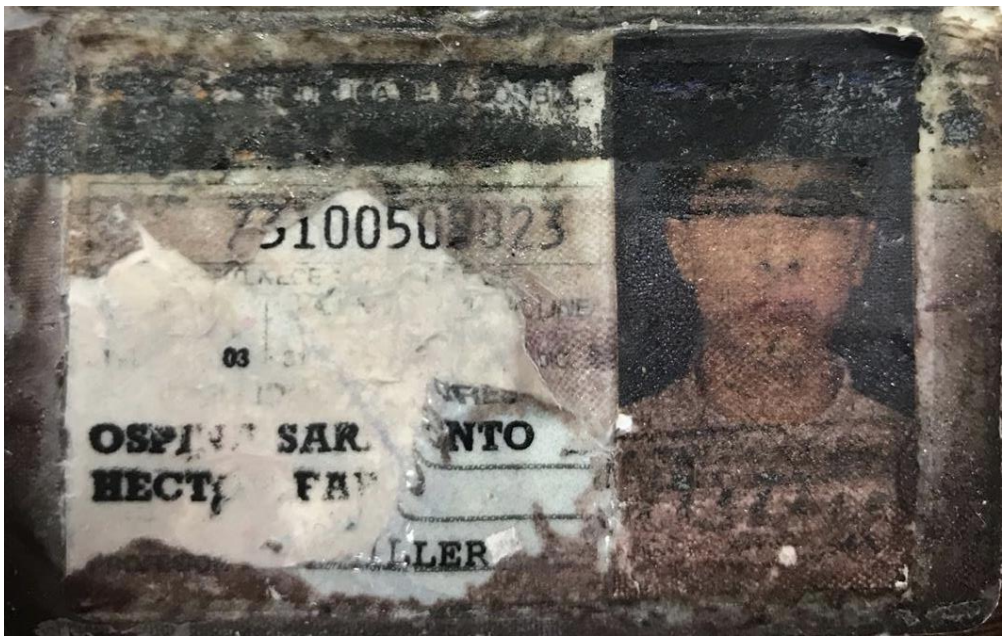
Actividad 1: 86211-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD)
Actividad 2 -
Actividad 3 -
Actividad 4 -
Actividad 5 -

Fecha Inicio Financiera

Código de Verificación de Información 1800291520

Fuente: E-A 76 FDCA

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



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
   - Tomar posesión de los empleos públicos o privados
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
   - Registrar título como profesional y ejercer la profesión
   - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
   - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

MY. LAZARO TRIANA A.

FECHA EXP. 15 ENE 91

CBTE. DIM. NO. 55



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

No. EXP 030399

OSPINA SARMIENTO

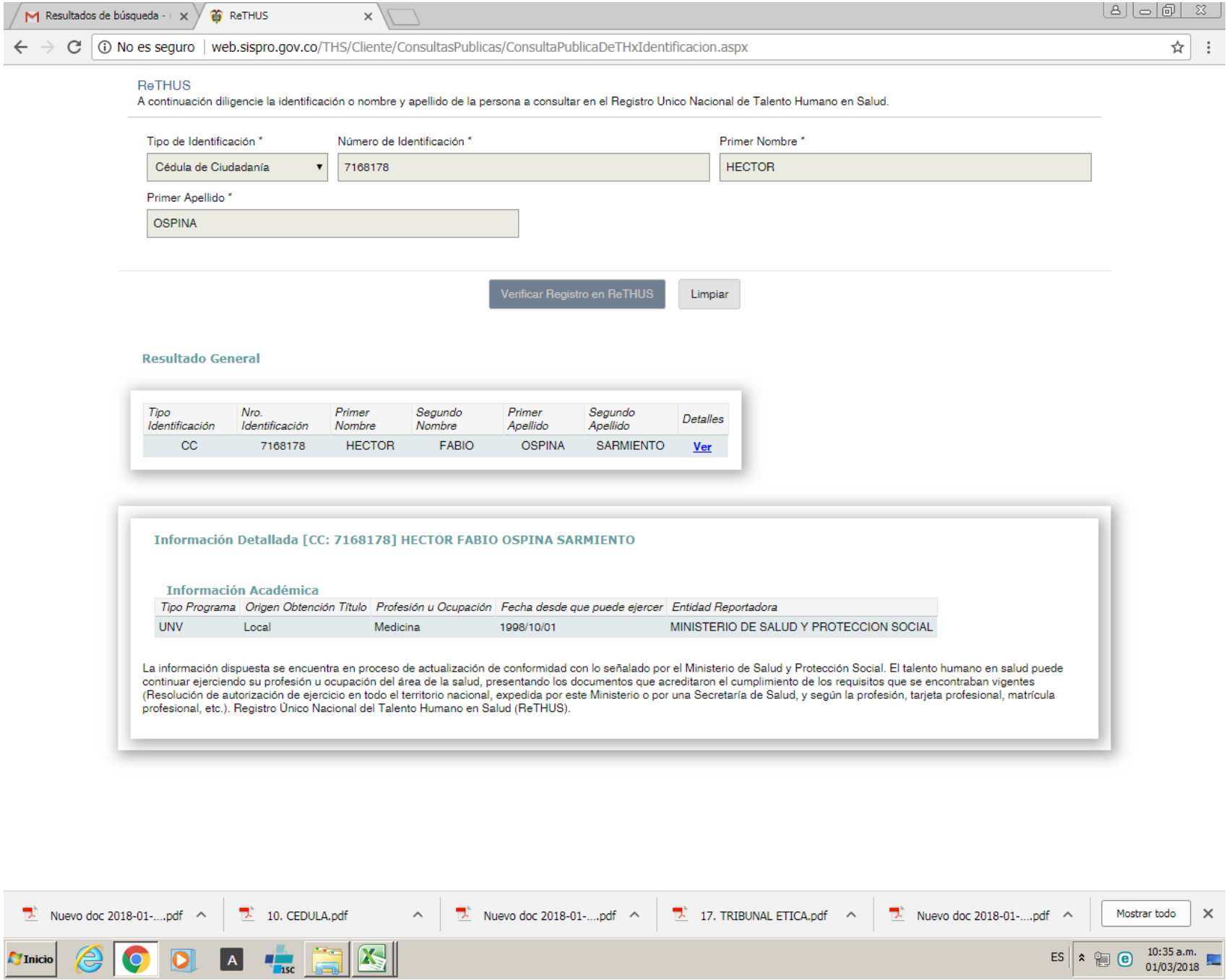
HECTOR FABIO

7168178

MEDICO

Secretaria SALUD

ALCALDIA MAYOR DE SANTAFE DE BOGOTA


Resultados de búsqueda -
ReTHUS
No es seguro | web.sispro.gov.co/THS/Cliente/ConsultasPublicas/ConsultaPublicaDeTHxIdentificacion.aspx
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 *
7168178
Primer Nombre *
HECTOR
Primer Apellido *
OSPINA
Verificar Registro en ReTHUS
Limpiar
Resultado General
Tipo Identificación
Nro. Identificación
Primer Nombre
Segundo Nombre
Primer Apellido
Segundo Apellido
Detalles
CC
7168178
HECTOR
FABIO
OSPINA
SARMIENTO
Ver
Información Detallada [CC: 7168178] HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO
Información Académica
Tipo Programa
Origen Obtención Título
Profesión u Ocupación
Fecha desde que puede ejercer
Entidad Reportadora
UNV
Local
Medicina
1998/10/01
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).
Nuevo doc 2018-01-....pdf
10. CEDULA.pdf
Nuevo doc 2018-01-....pdf
17. TRIBUNAL ETICA.pdf
Nuevo doc 2018-01-....pdf
Mostrar todo
Inicio
ES
10:35 a.m.
01/03/2018

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	18 mayo 2016		Delba
	2	18 junio 2016		
	3			
	4			
	R			
Contra Hepatitis B	1	18 mayo 2016	Fx18004	Delba
	2	18 junio 2016		
	3			
	R			

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

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



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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Hector

Apellidos: Ospina

Documento de identidad: C.C. T.I. Pasaporte No.

Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

Scanned with CamScanner

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN
CONTRA LA FIEBRE AMARILLA
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION
AGAINST YELLOW FEVER

SPCOL
No. 90014

Certifico que:
This certify that HECTOR FABIO OSPINA

Sexo:
Sex MASCULINO

Cuya firma aparece enseguida
Whose signature follows

Fecha de Nacimiento
Date of birth 05-10-1973

Ha sido en la fecha indicada, vacunado (a) o revacunado (a) contra fiebre amarilla.
Has been vaccinated or revaccinated againts yellow fever on the date indicate.

Fecha Date	Firma, profesión y dirección del vacunador Signature, Professional status and address of vaccinator	Fabricante y No. de lote Manufacturer and number of vaccine	Sello oficial del Centro de vacunación Official stamp of vaccination Center
2009 OCT. 03	Erika Ordoñez Enfermera	Exp. 2012-20 Institut Pasteur	VACUNACION

Centro de vacunación:
Vaccination Center CLINICENTRO INFANTIL COLSANITAS

Dirección:
Adress Cra 20 # 124-64

Ciudad:
City BOGOTA

Estado o País:
State COLOMBIA

ESTE CERTIFICADO ES VALIDO solamente si la vacuna utilizada ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud y el centro de vacunación ha sido habilitado por la administración sanitaria del territorio, en el cual el Centro esté situado. La validez de este certificado se extenderá por un período de 10 años, empezando 10 días después de la fecha de vacunación o, en caso de una revacunación en el curso de este periodo de 10 años, desde la fecha de revacunación.

Toda corrección o enmendadura sobre este certificado o la omisión de cualquiera de una de las menciones, puede afectar su validez.

THIS CERTIFICATE IS VALID Only if the vaccine used has been approved by the World Health Organization and if the vaccination center has been designated by the thealth administration for the country in which that is situated.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete aby part of it, may render it invalid.

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: lunes, 12 de marzo de 2018 03:27 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	7168178
Nombres y Apellidos	HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO		
Fecha de nacimiento:	05/10/1973		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	03/10/2009	Stamaril		CLINICA COLSANITAS SA CLINISANITAS INFANTIL
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	18/05/2016	Recombax B	UFX15003	ASOCIACION PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA PROFAMILIA TEUSAQUILLO
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única				
Td	Primera dosis				
	Segunda dosis				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: lunes, 12 de marzo de 2018 03:27 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	7168178
Nombres y Apellidos	HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO		
Fecha de nacimiento:	05/10/1973		

Td	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico	Primera dosis	18/05/2016	Tetanol Pur	031111A	ASOCIACION PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA PROFAMILIA TEUSAQUILLO
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

smedco IPS Soluciones Ocupacionales y Asesoría Especializada S.A.S Nit. 900.456.612-1	**CERTIFICADO OCUPACIONAL**	**VERSION Julio 03-14** **F.P001-9** **PAGINA 1 DE 1**

CERTIFICADO DE DE APTITUD - INFORME SALUD OCUPACIONAL

FECHA : 12-9-17 EMPRESA: INDE

NOMBRE: HECTOR FABIO OSPINA CEDULA : 7168 178

TIPO DE EXAMEN:

INGRESO		PERIODICO	X	RETIRO		POST INCAPACIDAD		TEST DE ALTURAS				REINGRESO	

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

CARGO ACTUAL / CARGO AL QUE ASPIRA: NEUROLOGO

APTO		APTO CON RECOMENDACIONES ESPECIFICAS		APTO CON RESTRICCION	
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS		APTO PARA MANIPULAR ALIMENTOS		APLAZADO	
PERIODICO NORMAL	X	PERIODICO CON REMISION A EPS		PERIODICO CON REMISION ARL	
RETIRO NORMAL		RETIRO CON REMISION EPS		RETIRO CON REMISION ARL	

VISIOMETRIA ____ ENFERMEDAD PROFESIONAL SI ___ NO ___ REMISION A EPS SI ___ NO ___

SOSPECHA DE SECUELA DE ACCIDENTE DE TRABAJO SI ___ NO ___ ENFERMEDAD COMUN AGRAVADA POR EL TRABAJO SI ___ NO ___

SE CERTIFICA QUE AL TRABAJADOR/ASPIRANTE SE EVALUO EN LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS

AUDIOMETRIA ___ OPTOMETRIA ___ VISIOMETRIA ___ ESPIROMETRIA ___ PSICOMETRICO ___

ODONTOGRAMA ___ TEST DE ALTURAS ___ LABORATORIO CLINICO ___ GLICEMIA ___ VDRL ___ KOH ___

COPROLOGICO ___ FROTIS DE UÑAS ___ CULTIVO FARINGEO ___ ____

ELECTROCARDIOGRAMA ___ TEST OSTEOMUSCULAR X TEST DERMATOLOGICO ___

RECOMENDACIONES:

1. PAUSAS ACTIVAS
2. HIGIENES POSTURALES
3. ____
4. ____

PAUSAS ACTIVAS, HIGIENES POSTURALES , CONTROL ANUAL OCUPACIONAL

YO ____

autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realicé de manera voluntaria el examen médico ocupacional, exámenes complementarios y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de los exámenes citados en este documento . Afirmo que comprendo, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del examen a partir de la información recibida por el profesional que firma este documento. Certifico que la información que suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Juan Bautista Salud ocupacional de a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a la persona o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional.

C.C No. X 7168178 FIRMA ____

NOMBRE, SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

Dra. Adriana [illegible]
Medica Cirujana
Especialista en Salud Ocupacional
[illegible]

ESTA CERTIFICACION SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL PACIENTE A LA FECHA. EL CONTENIDO DE LA HITORIA ES PRIVADO Y SOMETIDO A RESERVA DEL PRESTADOR DEL SERVICIO DE SALUD, SEGÚN RESOLUCION DE SALUD 2346 DEL M.S. , RESOLUCION 1918 DEL 2009 , DECRETO 2174 DEL 1996 Y LA LEY 80/89 DEL M.S.

El ministerio de Educación Nacional y en su Nombre
ENTIDAD: INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS DE COLOMBIA
INABTEC – RESCUE
NIT: *901069117-9*
No de Registro Mercantil Cámara de Comercio de Bogotá: S0043796 del 24 de Enero 2013
Convenio con: el Comité Internacional de Búsqueda y Rescate
CIBYR S.A.R No: 03-2017

CERTIFICADO DEL CURSO TALLER

Por medio de la presente acta confiere y la certificación de participación del curso taller de

CURSO DE ATENCION DE VICTIMAS Y ABUSO SEXUAL

Bajo la presente Resolución 2003 del 2014decretada por el ministerio de protección social y de salud; y dando cumplimiento al decreto 4904 del 2005 y la ley 115 de 1994.

CONFIERE A:

OSPINA SARMIENTO HECTOR FABIO

IDENTIFICADO(A) CON C.C: 7.168.178 EXPEDIDA: TUNJA
Normas A.H.A Según guías del 2017
Con una intensidad de 48 horas teórico –practico

Por haber cursado y aprobado los estudios y los exámenes correspondientes al curso taller y las normas vigentes según la resolución 1043 y la nueva reforma del ministerio de protección y ministerio de salud por la resolución 2003 del 2014

Christian M. Quintero
DIRECTOR NACIONAL F

Leydi J. Laverde
COORDINADORA ACADEMICA

OSCAR M ALONSO
C C No 79 138 173
INSTRUCTOR A.P.H
RES 001502-2017
INSTRUCTOR

ACTA No: 001133 COD: 001133-2018
Libro de actas de Cursos y Talleres No: 0015

Fecha de Expedición: 27 DE JULIO de 2018
Fecha de vencimiento: 27 DE JULIO de 2020

Scanned with CamScanner

El ministerio de Educación Nacional y en su Nombre
ENTIDAD: INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS DE COLOMBIA
INABTEC – RESCUE
NIT: *901069117-9*
No de Registro Mercantil Cámara de Comercio de Bogotá: S0043796 del 24 de Enero 2013
Convenio con: el Comité Internacional de Búsqueda y Rescate
CIBYR S.A.R No: 03-2017

CERTIFICADO DEL CURSO TALLER

Por medio de la presente acta confiere y la certificación de participación del curso taller de

CURSO DE SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

Bajo la presente Resolución 2003 del 2014decretada por el ministerio de protección social y de salud; y dando cumplimiento al decreto 4904 del 2005 y la ley 115 de 1994.

CONFIERE A:

OSPINA SARMIENTO HECTOR FABIO

IDENTIFICADO(A) CON C.C: 7.168.178 EXPEDIDA: TUNJA

Normas A.H.A Según guías del 2017

Con una intensidad de 70 horas teórico –practico

Por haber cursado y aprobado los estudios y los exámenes correspondientes al curso taller y las normas vigentes según la resolución 1043 y la nueva reforma del ministerio de protección y ministerio de salud por la resolución 2003 del 2014

Christian M. Quintero
DIRECTOR NACIONAL F

Leydi J. Laverde
COORDINADORA ACADEMICA

075175711
INSTRUCTOR

ACTA No: 001132 COD: 001132-2018
Libro de actas de Cursos y Talleres No: 0015

Fecha de Expedición: 27 DE JULIO de 2018
Fecha de vencimiento: 27 DE JULIO de 2020

"LEALTAD, CIVISMO Y FIRMEZA"
SOCORRISMO Y RESCATE VOLUNTARIADO
inabtecsocorrismocolombia@gmail.comtel 3196478693 Seccional Bogotá D.C.
WEB inabtecsocorrismoc.wixsite.com/inabtecrescate

Scanned with CamScanner

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

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

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

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	2018-12-18	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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:
☐	☐	XX	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
OSPINA	SARMIENTO	HECTOR	FABIO

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	7168178	TUNJA	1992-09-18

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1973-10-05	TUNJA BOYACA	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ DIVORCIADO(A) X UNION LIBRE ☐	3	3	3158724635

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CARA 53 A No 127-70	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3158724635

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
hefos98@yahoo.com		PROPIA ☐	FAMILIAR x	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐			

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	**DECLARA RENTA**	SI [X]	**IVA**	SI [ ]	NO [X]	**CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA**	8621	
		NO [ ]	**ICA**	SI [X]	NO [ ]	**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 SERVICIOS SALUD CENTRO ORIENTE					
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO [ ]	SERVICIOS [ ]	SALUD [X]			**# NIT**	900.959.051-7	

EXPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] BANCARIA TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA ALIMEN [ ] MEDICAMENTOS [ ] [ ]

OTRA [ ] CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	**TELEFONO**	**CIUDAD/MUNICIPIO**	**DEPARTAMENTO**	**PAIS**
DIAGONAL 34 No 5-43	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL	MEDICO ESPECIALISTA NEUROLOGIA		**FECHA VINCULACION**	2016-06-01

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		GASTOS FAMILIARES	$ 15.000.000	AHORROS	$ 15.000.000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$ 27.000.000	ARRIENDOS	$ 2.000.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	$ 60.000.000	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	$ 180.000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	$ 300.000.000
TOTAL INGRESOS	**$ 27.000.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 17.000.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 255.000.000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 300.000.000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	**DESCRIPCION OTROS EGRESOS**	**DESCRIPCION OTROS ACTIVOS**	**DESCRIPCION OTROS PASIVOS**
			CREDITO BANCARIO

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**
RODRIGUEZ	**GONZALEZ**	**AYDA**	**LUCY**
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CRA 3 No 4-34 SUR	**BOGOTA/CUNDINAMARCA/COLOMBIA**	**AMIGA**	**3166440197**

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	**TIPO DE PRODUCTO**	**NUMERO**	**SUCURSAL**	**TELEFONO**
DAVIVIENDA	**CUENTA AHORROS**	**450.800.058.403**	**UNICENTRO**	**3383838**

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

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

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:	CUAL:
☐ IMPORTACIO ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐	

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.):

MEDICO ESPECIALISTA NEUROLOGIA

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 estadisticos.
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".

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

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:		

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

7168178	SURA
Numero de Documento	ARL

HECTOR	FABIO	OSPINA	SARMIENTO
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

05/10/1973	TUNJA	CARRERA 53A No 127-70	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

SANITAS	COLPENSIONES	8800000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

NEUROLOGO	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

hefos98@yahoo.com	3158724635
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado

SANDRA LOAIZA
Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 24.370.475

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. 119367656

WEB
09:51:47

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) HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 7168178:

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 09:41:21, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	7168178
Código de Verificación	7168178181218094121

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. 2620342

Bogotá D.C., 18 de Diciembre de 2018 - 9:36 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: **SIETE MILLONES CIENTO SESENTA Y OCHO MIL CIENTO SETENTA Y OCHO**

7168178

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_2697_369
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios


Recibidos (121) - milucy18@gmail.c
EL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA
Policía Nacional de Colombia
https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml
POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA
INICIO
INSTITUCIÓN
CONTÁCTENOS
PREGUNTAS FRECUENTES
Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales
La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:36:26 horas del 18/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 7168178
Apellidos y Nombres: OSPINA SARMIENTO HECTOR FABIO
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.
En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.
Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.
Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las preguntas frecuentes o acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional más cercanas.
Volver al Inicio
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN
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.
Inicio
ES
09:36 a.m.
18/12/2018

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **18/12/2018**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor HECTOR FABIO OSPINA SARMIENTO** con **Cédula de Ciudadanía** número **7168178**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550450800058403**
Fecha de apertura	**01/09/2003**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA