Correo de Outlook

SECOP

Nuevo | Responder | Eliminar Archivar Correo no deseado | Limpiar •••

Resultados de la búsqu

En carpetas

Todas las carpetas

Bandeja de entrada

Elementos enviados

De

registro@secop.gov.cc
registro@secop.gov.co

notificaciones@secop.
notificaciones@secop.g

alertas@secop.gov.co
alertas@secop.gov.co

martha lucia pinzon al
marthalupi@hotmail.co

AnDrEs MeDiNa
andremelende@hotmai

Opciones

Con datos adjuntos

Fecha

Todos

Esta semana

Última semana

Este mes

Seleccionar intervalo

Desde

jue 08/02/2018

Hasta

jue 08/02/2018

Confirmación de acceso al SECOP

A alertas@secop.gov.co
jue 28/12/2017, 6:52 p.m.

Confirmación de acceso al SECOP II

Colombia Compra Eficie

Estimado(a) usuario(a):

Colombia Compra Eficiente ha aceptado su solicitud de acceso a los servicios de SECOP II.

Ahora puede acceder al SECOP II utilizando el usuario y contraseña establecidos en el registro.

Para ingresar siga el siguiente enlace:

https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/

(si no puede hacer clic en el enlace cópielo y péguelo en la barra de direcciones de su navegador web).

Mesa de Servicio, Lunes a Viernes 7:00 a.m. - 7:00 p.m. Sábado 8:00 a.m. - 12:00 p.m. Línea Nacional 018000-52-0808 / En Bogotá 745-6788 www.colombiacompra.gov.co/soporte

El recibo de este correo electrónico no lo exime de la responsabilidad de revisar la información del SECOP.
Si no desea recibir este tipo de correos electrónicos debe cambiar su configuración en el SECOP.
Consulte los Términos y Condiciones de Uso del SECOP.
Derechos reservados. SECOP 2017

Sistema Electrónico de Contratación Pública

Por favor, antes de imprimir este correo electrónico verifique si realmente es necesario.

1 de 9

Mis datos de usuario
Noticias SECOP
Mis registros
Accesos del usuario
Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Género	Masculino
Cargo	TERAPEUTA RESPIRATORIO
Título	
Nombre completo	SERGIO ANDRES
Nombre y apellido	SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA
Código del empleado	
Tipo de documento	Cédula de ciudadanía
Número de identificación	1109385825
Fecha de emisión	
Expedido por	
Fecha de expiración	
Dirección	CARRERA 12 ESTE N° 11-25 SUR
Código postal	
Estado	
Municipio	BOGOTA D.C
País	COLOMBIA
Correo electrónico	ANDREMELENDE@HOTMAIL.COM
Teléfono	4731318
Celular	3108557106
Número de fax	

Configuración

Zona horaria	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
Configuración regional	English (United States)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	What was your childhood nickname?
Respuesta	CHECHO
Celular	3108557106

Editar

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: 13-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
QUEZADA	MEDINA	SERGIO ANDRES

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1109385825

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 1109385825 D.M 163

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 7 MES MAY AÑO 1993

PAÍS Colombia

DEPTO Tolima

CIUDAD Lérida

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 45 # 8-74

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4731318

EMAIL andremelende@hotmail.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 2009
										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	8	X		TERAPEUTA RESPIRATORIO	2	2017	1109385825

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: 13-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: HOSPITAL MILITAR CENTRAL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: TV 3 # 49-02	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 11 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: TERAPEUTA RESPIRATORIO	*DEPENDENCIA*: APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	*DIRECCIÓN*: TV 3 # 49-02	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: FUNDACIÓN SUEÑO VIGILIA COLOMBIANA- FUNDASUVICOL	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 2882280	*FECHA DE INGRESO*: DIA 17 MES 12 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 29 MES 8 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: TERAPEUTA RESPIRATORIO	*DEPENDENCIA*: POLISOMNOGRAFIA	*DIRECCIÓN*: CALLE 33 # 15-14	

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	1	1
PRIVADO	0	8
PARTICULAR	0	0
TOTAL	1	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).

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: 13-dic-2018

Bogota D.C 13/DIC/2018.

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA
IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1109385825 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CALLE 45 # 8-74 **Teléfonos** 3108557106 4731318

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JOSE GILBERTO QUEZADA PORRAS	93337251	PADRE
CARMELINA MEDINA TOVAR	28797496	MADRE

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 5.000.000,00
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	$ 5.000.000,00

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
DAVIVIENDA	AHORROS	0550009500719399	BOGOTA D.C.	$ 30.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
ICETEX	CREDITO EDUCATIVO	$ 20.000.000,00
ALKOSTO	ELECTRODOMESTICOS	$ 3.100.000,00

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: 13-dic-2018

BANCOLOMBIA	TARJETA DE CREDITO	$ 800.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

C.C. 1.109.385.825

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

República de Colombia

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

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

SERGIO ANDRÉS QUEZADA MEDINA

C.C. No.1.109.385.825 de Lérida

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos
exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de

TERAPEUTA RESPIRATORIO

En testimonio de los expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá D.C., 24 de febrero de 2017

Rector

Secretario General

Decano

Tomo 9 Folio 84 Registro 50887 Fecha: 24 de febrero de 2017

Scanned by CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre
La Institución Educativa

"San Francisco de la Sierra"

La Sierra, Lérida - Tolima

Autorizada por la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Tolima
Según Resolución No. 1615 de Noviembre 13 de 2009.

Confiere a:

Sergio Andrés Quezada Medina

T.I. 93050711291 Lérida

El título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes a la Educación Media, según los planes y programas vigentes

Acta General de Graduación No. 008 de Diciembre 4 del año 2009. Folio No. 14-15
Anotado en el Libro de Registro de Diplomas No. 2 Folio No. 022

Institución Educativa San Francisco De La Sierra Paz, Ciencia, Tecnología

Jorge Eliécer Amaya Castellanos
CC. 14.212.808 de Ibagué (Tol.)
Rector

Dado en La Sierra, Lérida - Tolima el 4 de Diciembre de 2009

Este diploma no requiere registro ante la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Tolima (Decreto 921 de Mayo 6 de 1994)

República de Colombia

Institución Educativa

"SAN FRANCISCO DE LA SIERRA"

La Sierra, Lérida - Tolima

Registro Educativo: 14082033 Código Dane: 273408000137

Acta Individual de Graduación

En la Rectoría de La Institución Educativa San Francisco de la Sierra , establecimiento educativo con Reconocimiento Oficial de Estudios según Resolución No. 1615 de Noviembre 13 de 2009, emanada de la Secretaría de Educación y Cultura del Departamento del Tolima, se reunieron con el fin de formalizar la Graduación de los estudiantes de último Grado el suscrito Rector y los Integrantes de la Comisión de Evaluación y Promoción para otorgar el Título de:

Bachiller Académico

A:

Sergio Andrés Quezada Medina

T.I. 93050711291 Lérida

Estudiante que cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los reglamentos y las normas legales, razón por la cual se le otorgó el Diploma que le acredita como tal.

Es copia tomada del libro de Actas Generales de promoción,
Folios No.14-15....., Acta.....008.....
Expedida en La Sierra, Lérida - Tolima el 4 de diciembre de 2009

JORGE ELIÉCER AMAYA CASTELLLANOS
C.C. No.14.212.808 Ibagué (Tol.)
Rector

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina
Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
ACTA DE GRADO 796

En Bogotá D.C., el 24 de febrero de 2017 a las 8:00 horas, convocados por Resolución Nacional 005 del 17 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz y la Secretaria General (E), doctora Gladys Eliana Sánchez Saldarriaga, para presidir la ceremonia de grado de **SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA** con cédula de ciudadanía número 1109385825 de Lérida, quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedor a recibir el título de **TERAPEUTA RESPIRATORIO** el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior mediante Acuerdo 053 del 12 de mayo de 1993. Previa entrega del diploma se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación, ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de Registro de títulos Tomo 9, Folio 84, número 50887.

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
GLADYS ELIANA SÁNCHEZ SALDARRIAGA, Secretaria General (E)

Dada en Bogotá D.C., el 24 de febrero de 2017.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina
Secretaría General

Gladys Eliana Sánchez Saldarriaga
Secretaria General (E)

Scanned by CamScanner



ACOLFATER

1er Encuentro Nacional de Semilleros de Investigación ACOLFATER

ACOLFATER

Certifica que

SERGIO ANDRES MEDINA QUESADA

CC.1.109.385.825

Participo Como Colaborador en el

"I Encuentro Nacional de Semilleros de Investigación de ACOLFATER"

Con una intensidad de 8 horas, realizado el día 16 de Noviembre de 2016

Presidente

Directora Terapia Respiratoria

AREANDINA Fundación Universitaria del Área Andina | MIEMBRO DE LA RED ILUMNO

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

USC UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

Universidad de Boyacá

Fundación Universitaria Autónoma de las Américas

ASOCIACION FEDERAL DE TERAPEUTAS RESPIRATORIOS A.C.

OTORGA LA PRESENTE CONSTANCIA A

SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA

Por haber asistido al 3ER Congreso Internacional de

CUIDADOS CARDIO-RESPIRATORIOS

Acapulco Gro. México 29 al 31 de agosto de 2018

Valor de 30 horas curriculares

T.R.C. JUAN CARLOS PEREZ GONZALEZ
PRESIDENTE AFTR A.C.

T.R. CARLOS TELLEZ ROSEMBLUM
SECRETARIO AFTR A.C.

AFTR A.C.
2018

Secretaría de Salud

Dräger

Certificado de Capacitación



Certificado Dräger a:

SERGIO QUEZADA

Participó en el Taller: Herramientas para el Soporte Ventilatorio Neonatal

Los siguientes contenidos fueron presentados:

- Análisis de curvas y bucles durante la ventilación mecánica
- Ventilación de alta frecuencia oscilatoria
- Interacción con el simulador del ventilador Babylog VN500

La capacitación tuvo lugar el 2 de Septiembre de 2015, en la Fundación Universitaria del Área Andina (Bogotá).

Judy Liza Suárez Septiembre 2 de 2015
Nombre del entrenador, fecha, firma del entrenador

Scanned by CamScanner

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

ResMed
Changing lives with every breath

La Fundación Universitaria del Área Andina y el Programa de Terapia Respiratoria

Certifica que

SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA

c.c. 1.109.385.825 de Bogotá

Participó en el Taller «UTILIZACIÓN Y MANEJO DE EQUIPOS Y MASCARAS DE ÚLTIMA TECNOLOGÍA A NIVEL MUNDIAL AIR SOLUTION S10 PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE APNEAS DE SUEÑO »
con una intensidad de 8 horas el 5 de Noviembre de 2015.

Decano Facultad Ciencias de la Salud	Latam Territory Manager	Directora Programa de Terapia Respiratoria

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

La Fundación Universitaria del Área Andina y el Programa de Terapia Respiratoria

Certifica que

SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA

c.c. 1.109.385.825 de Bogotá

Participó en la «JORNADA DE SENSIBILIZACIÓN DÍA MUNDIAL ANTITABACO» con una intensidad de 8 horas el 28 de Mayo de 2015.

Decano Facultad Ciencias de la Salud

Directora Programa de T.R.

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaria del Area Andina.
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

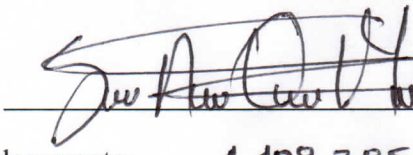
REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Sergio Andrés Quetada Medina 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:

Terapeuta Respiratorio
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 1.109.385.825.

Tarjeta profesional No: 1.109.385.825

Dirección de contacto: Calle 45 N° 8-74

Teléfono: 4731318 - 3108557106.

FUNDASUVICOL
Fundación Sueño Vigilia Colombiana

Telefono
(57) (1) 2 88 22 80
(57) (1) 4 67 46 46

Sede Norte
Calle 134 N° 7 - 83
Altos del Bosque

Sede Centro
Calle 33 15 14
Barrio Teusaquillo

CERTIFICACION

A Quien Corresponda

SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA, identificado con cédula de ciudadanía 1.109.385.825 de Lérida, prestó sus servicios como Terapueta Respiratorio / Técnico en Sueño, para **FUNDACION SUEÑO VIGILIA COLOMBIANA – FUNDASUVICOL**, desde Diciembre 17 de 2016 hasta Agosto 29 de 2017. La modalidad de vinculación fue Contrato por prestación de Servicios, y recibió una remuneración promedio mensual equivalente a Dos Millones Cuarenta mil pesos ($2.040.000.oo). La cancelación del contrato fue unilateral por parte del trabajador por motivos personales.

La presente se expide a solicitud del interesado, a los doce (12) días del mes de Septiembre de 2017.

CLAUDIA M. SARMIENTO B.
Gerente General FUNDASUVICOL IPS

Scanned by CamScanner

MINDEFENSA

LA SUSCRITA PROFESIONAL DE DEFENSA DE LA UNIDAD DE TALENTO HUMANO DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

HACE CONSTAR:

Que el señor **QUEZADA MEDINA SERGIO ANDRES,** identificado con cédula de ciudadanía N°1.109.385.825 de Lérida (Tolima), presta sus servicios como Terapeuta Respiratoria, en este Hospital, bajo la modalidad de **Contrato de Prestación de Servicios,** en las fechas que a continuación relaciono:

Del 01 de noviembre de 2017 al 30 de noviembre de 2018
Del 01 de diciembre de 2018 al 30 de noviembre de 2019

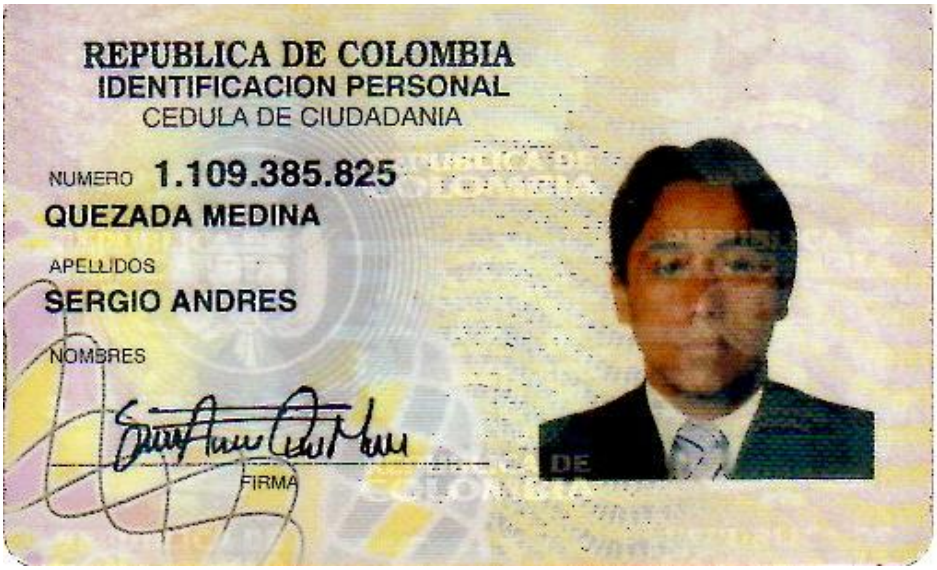
Que el señor **QUEZADA MEDINA**, recibe por este concepto la suma mensual de **DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL PESOS ($2.460.000) M/Cte.**

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado, a los trece (13) días del mes de diciembre de dos mil dieciocho (2018).

Doctora **SANDRA PATRICIA GALEANO CAMACHO**
Profesional de Defensa
Área de Selección y Contratación

Elaboró: **Isabel Montoya Diaz**
Auxiliar de Gestión
Unidad de Talento Humano

Scanned with CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.109.385.825

QUEZADA MEDINA

APELLIDOS

SERGIO ANDRES

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-MAY-1993

LERIDA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	B+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-MAY-2011 LERIDA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2907000-00325543-M-1109385825-20110823 0027812492A 1 28379948

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 14494416438

(415)7707212489984(8020) 000001449441643 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 0 9 3 8 5 8 2 5	8	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 1 0 9 3 8 5 8 2 5	Año Mes Día 2 0 1 1 0 5 1 7

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Lérida 4 0 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
QUEZADA	MEDINA	SERGIO	ANDRES

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
CALLE 45 8 74

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
andremelende@hotmail.com		3 1 0 8 5 5 7 1 0 6	4 7 3 1 3 1 8

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad: Año Mes Día	48. Código:	49. Fecha inicio actividad: Año Mes Día	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 1 0 8 0 1					2 2 2 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI NO | 60. No. de Folios: | 61. Fecha: Año Mes Día

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
985. Cargo:

DOCUMENTO SIN COSTO
NO TRAMITE

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 1109385825-8 SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA

Información General

Dirección KR 12 ESTE 11 25 SUR TO 11 AP 102

Teléfonos 3108557106 / 4731318

Dirección electrónica andremelende@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 28/03/2016

Soporte Inscripción 19053407

Fecha Inicio Actividades 01/08/2011

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002736866

Fuente ICA TE TOCA

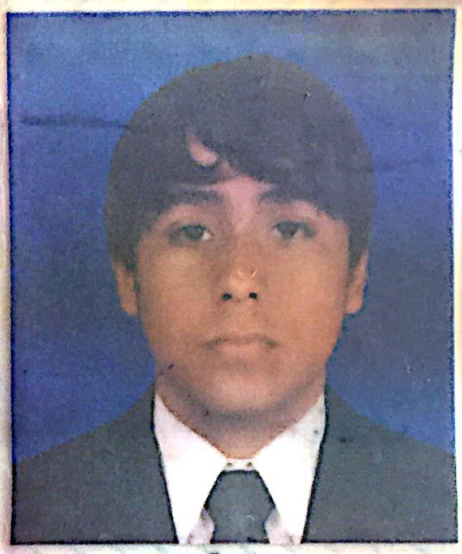
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase



NÚMERO 1109385825

APELLIDOS Y NOMBRES

QUEZADA MEDINA

SERGIO ANDRES

PERTENECE AL EJERCITO DE:

1ª LÍNEA 31 - DIC 2021	2ª LÍNEA 31 - DIC 2031	3ª LÍNEA 31 - DIC 2041

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP.: 28-DIC.2011

CDTE. DE DISTRITO

Scanned by CamScanner

Tarjeta de Identificación Única del Talento Humano en Salud

Colegio Colombia Terapeutc Respirato

MINSALUD

GOBIERNO DE COLOMBIA



Sergio Andres Quezada Medina

C.C. 1.109.385.825

TERAPEUTA RESPIRATORIO

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

Exp. De Diploma: 2017-02-24

BOGOTA, D.C.

ReTHUS: 2017-04-24

Scanned with CamScanner

FIRMA TITULAR

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010 compilado Decreto 780 de 2016. "Si esta tarjeta es encontrada, por favor devolverla al Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios".

Colegio Colombiano de Terapeutas Respiratorios

www.cctr.co

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL CCTR

00258

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No **4282** *de* **24/04/2017**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) QUEZADA MEDINA SERGIO ANDRES Identificado(a) con CC número 1109385825 expedida en LERIDA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TITULO de TERAPEUTA RESPIRATORIO (A) otorgado por FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA el día 24/02/2017 y registrado en el libro 9 Folio 84 año 2017.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a QUEZADA MEDINA SERGIO ANDRES identificado(a) con CC número 1109385825 expedida en LERIDA para ejercer la profesión de TERAPEUTA RESPIRATORIO (A) en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: A partir de la expedición de la presente resolución, quedara inscrito en el registro Único Nacional del Talento Humano en salud (RETHUS).

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **24/04/2017**

Original Firmado Por
ROSMIRA MOSQUERA PADILLA.
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Bogotá, D.C Julio/07/2017
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Sergio Andrés Quezada
CC. # 1'109.385.825
Firma

Reviso :Sebastián Quiroz L.
Elaboro :Víctor Sánchez

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666

ISO 9001 Icontec
NTCGP 1000 Icontec

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1109385825

Primer Nombre *

SERGIO

Primer Apellido *

QUEZADA

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-13→11:50:26 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1109385825	SERGIO	ANDRES	QUEZADA	MEDINA	Ver

Información Detallada [CC: 1109385825] SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA

2018-12-13→11:50:26 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2011/11/11	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
AUX	Local	Enfermería	2011/11/11	GOBERNACION DEL TOLIMA
UNV	Local	TERAPIA RESPIRATORIA	2017/4/24	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).

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN

9122495

Nombre.	QUESADA SERGIO		
Identificacion	CC 1109385825	Tel.	
Edad	24 Años 3 Meses 2 Dias	Sexo	M
Medico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento			

Fecha de recepcion:	12-sep-2017 8:09 am
Fecha de impresion:	15-sep-2017 10:18 am
Empresa	COLCAN - SALUD OCUPACIONAL
Sede	SALUD OCUPACIONAL CALLE 4
Fecha Validacion	12-sep-2017 4:56:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	188.3	mUI/ml	
Metodo: Inmunoensayo Enzimático - EIA			

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 10 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 10 mUI/ml

GUMELLO HERIS RODRIGUEZ VELANDIA
CE 6249458
BACTERIOLOGA

DEISY CAROLINA ARENAS TORRES
CC 1.070.4765
BACTERIOLOGA

Scanned by CamScanner

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1 DOSIS	03523004	13 JUN 2014	Inmunosalud
	2 DOSIS	03523004	15 JUL 2014	Inmunosalud
	3 DOSIS	03523004	19 AGO. 2014	Inmunosalud
	4 DOSIS	AHBVC408AM	17 JUN. 2015	IPS CAM CAS CALLE 51 SERVICIO DE VACUNACION
HEPATITIS A	1 DOSIS			
	2 DOSIS			

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Cód.de Prestador 11-001177980-01/2

...acunas ems

...palinicio/login.aspx

Engerix™-B

ADULT DOSE 1 dose/dosis (1 ml)
rDNA hepatitis B vaccine/Vaccin recombinant
contre l'hépatite B/Vacuna antihepatitis B ADNr
Inj./Inyec.: I.M. - Storage/C... +2°C/+8°C
Do not freeze/Ne pas congeler/No congelar
GSK Biologicals s.a. Rixensart - Belgium

444680

AHBVC408AM
09-2013
08-2016

CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 11001177980 1
CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO 11001177980 2

NOMBRES: Andres Quezada

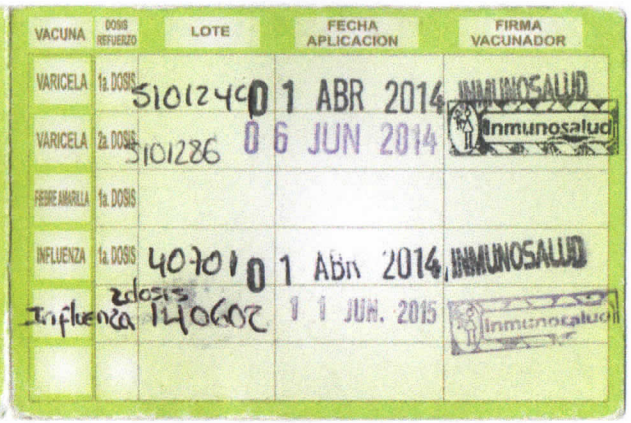
DOCUMENTO: 1 109 38 5825

TELÉFONO:

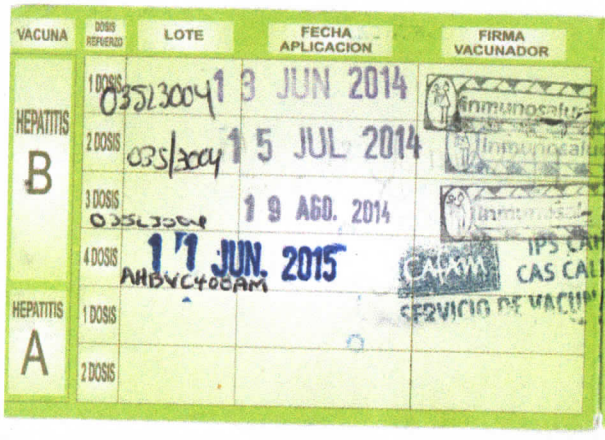
Scanned by CamScanner





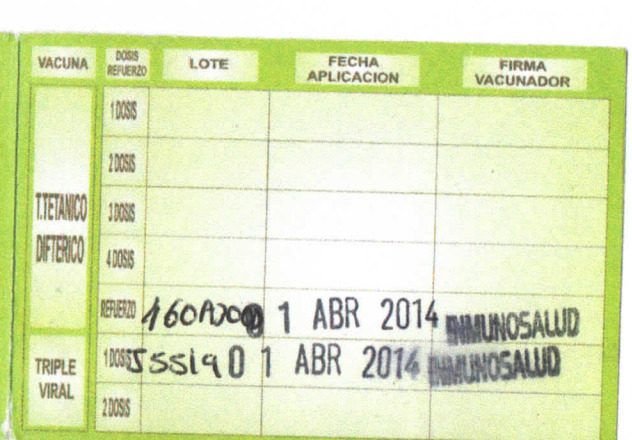


VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
VARICELA	1a. DOSIS	S101249	01 ABR 2014	INMUNOSALUD
VARICELA	2a. DOSIS	S101286	06 JUN 2014	inmunosalud
FIEBRE AMARILLA	1a. DOSIS			
INFLUENZA	1a. DOSIS	407010	01 ABR 2014	INMUNOSALUD
Influenza	2dosis	140602	11 JUN. 2015	inmunosalud



VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1 DOSIS	035J3004	13 JUN 2014	inmunosalud
	2 DOSIS	035J3004	15 JUL 2014	inmunosalud
	3 DOSIS	035J3004	19 AGO. 2014	inmunosalud
	4 DOSIS	AHBVC408AM	17 JUN. 2015	CAHAM IPS CAHAM CAS CALLE 51 SERVICIO DE VACUNACION
HEPATITIS A	1 DOSIS			
	2 DOSIS			





VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACION	FIRMA VACUNADOR
T.TETANICO DIFTERICO	1 DOSIS			
	2 DOSIS			
	3 DOSIS			
	4 DOSIS			
	REFUERZO	160A200	01 ABR 2014	INMUNOSALUD
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS	S55140	01 ABR 2014	INMUNOSALUD
	2 DOSIS			

COLCAN
SALUD OCUPACIONAL

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL



Nombre:	QUEZADA MEDINA SERGIO ANDRES	**Identificación:**	CC 1109385825
Genero:	Masculino	**Edad:**	24 AÑOS
Cargo:	TERAPEUTA RESPIRATORIA	**Orden No.**	71201
Fecha de ingreso:	12/09/2017 08:09 a. m.	**Fecha de salida:**	12/09/2017 11:27 a. m.
Empresa:	HOSPITAL MILITAR CENTRAL-SALUD OCUPACIONAL PACIENTES	**Destino:**	NO APLICA

Tipo de evaluación: EXAMEN MEDICO DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Exámenes realizados:

Laboratorio Clínico Optometría Examen Medico De Ingreso Con Énfasis Osteomuscular

Concepto **CON ALTERACIONES DE SALUD QUE NO INTERFIEREN EN EL CARGO**

Restricción y/o causa de aplazamiento:

Ninguna

Recomendaciones

Uso de elementos de protección personal según factores de riesgo.
Higiene postural.
Pausas activas durante la jornada laboral.
Ejercicio cardiovascular periódico.
Control anual por Optometría.
Control médico preventivo.

Observaciones

Optometría

CONTROL ANUAL, PAUSAS HIGIENE VISUAL USO ELEMENTOS PROTECCIÓN VISUAL

Incluir en SVE No
Programa de Promoción y Prevención Nutricional

Nombre Médico Evaluador
MEZA ACOSTA WASHINGTON MEDARDO
Registro médico: 01240/98 Licencia S.O 13663 de 2012

Paciente
QUEZADA MEDINA SERGIO ANDRES
CC 1109385825

Scanned by CamScanner

COLCAN SALUD OCUPACIONAL

REGISTRO DE ATENCIÓN



Orden número 71201
Fecha de la orden 12/09/2017
Identificación Cédula de ciudadanía 1109385825
Nombre **QUEZADA MEDINA SERGIO ANDRES**
Edad 24 Años
Empresa HOSPITAL MILITAR CENTRAL-SALUD OCUPACIONAL PACIENTES
Cargo TERAPEUTA RESPIRATORIA
Tipo de evento Ingreso

OPTOMETRÍA

Medico: LOPEZ NIÑO JUAN CARLOS Consultorio: Optometria calle 45

Ingreso:12/09/2017 09:00 a. m. Egreso:12/09/2017 09:03 a. m.

Antecedentes

Personales	NO REFIERE				
Oculares	NO REFIERE				
Familiares	NO REFIERE				
Condiciones de riesgo visual	BIOLÓGICO E ILUMINACIÓN			Ultimo control visual	2015
Utiliza EPP visual	No				
Accidente de trabajo ocular	No				
Ardor	No	Secreción	No	Cefalea	No
Dolor	No	Enrojecimiento	No	Mala visión lejos	No
Resequedad	No	Cansancio	No	Mala visión cerca	No
Prurito	No	Fotofobia	No	Lagrimeo	No
Otros					

Agudeza visual lejana

Sin corrección OD	20/20	Sin corrección OI	20/20	Sin corrección AO	20/20
Con corrección OD		Con corrección OI		Con corrección AO	
Observaciones					

Agudeza visual cercana

Sin corrección OD	0.5 M	Sin corrección OI	0.5 M	Sin corrección AO	0.5 M
Con corrección OD		Con corrección OI		Con corrección AO	
Observaciones					

Percepcion

CROMATICA	Normal		
ESTEREOPSIS	Normal	Grado de Estereopsis	40 SEG ARCO

Examen ocular

Segmento anterior OD	Normal	Segmento anterior OI	Normal
Motilidad ocular OD	Normal	Motilidad ocular OI	Normal
Oftalmoscopica OD	Normal	Oftalmoscopica OI	Normal
Queratometria OD	NO SE REALIZA	Queratometria OI	NO SE REALIZA
Refracción OD	NEUTRO	Refracción OI	NEUTRO
Subjetivo OD		Subjetivo OI	

Diagnostico

Miopia	No
Hipermetropia	No
Astigmatismo	No
Presbicia	No
Estrabismo	No
Ambliopia	No
Emetropia	Ambos
Ametropia corregida	No
Ametropia no corregida	No
Ametropia parcialmente corregida	No
Ametropia inadecuadamente corregida	No

Diagnosticos

Diagnosticos	#	Diagnostico
	1	EMETROPE

Recomendaciones

Control anual	SI	Control en 6 meses	No	Actualizar formula	No
Uso de correccion permanente	No	Remision ortoptica	No	Remision oftalmologia	No
Hallazgos					
Recomendaciones generales	CONTROL ANUAL, PAUSAS HIGIENE VISUAL USO ELEMENTOS PROTECCIÓN VISUAL				

LOPEZ NIÑO JUAN CARLOS
Registro médico: 3525

QUEZADA MEDINA SERGIO ANDRES
Cédula de ciudadanía: 1109385825

Scanned by CamScanner

SABERSALUD

CENTRO DE FORMACIÓN EN SALUD

HACE CONSTAR QUE:

Sergio Andrés Quezada Medina

C.C. 1.109.385.825 Lérida, Tolima.

ASISTIO Y APROBÓ EL CURSO DE

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO

EDUCACIÓN INFORMAL DE ACUERDO AL DECRETO 1075 del 2015
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DADO A LOS 12 DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL 2018,
CON UNA DURACIÓN DE 40 HORAS EN BOGOTÁ D.C.
VALIDO POR 2 AÑOS

Iván Torres Vásquez
Coordinador académico
SABER SALUD

CENTRO DE CAPACITACIONES EN SALUD SABERSALUD APROBADO

Alexander chaparro Rincon
Enfermero Profesional
R.P. 13649

LIBRO 2 FOLIO 0538

Sede administrativa Calle 8 A # 72A - 32 Barrio Castilla
Cel.: 350 626 0481 - 311 539 1639
sabersaludse@gmail.com

VIRREY SOLIS
I. P. S.

Sergio Andrés Quezada Medina

Identificada con cédula de ciudadanía No. 1109385825

Aprobó el curso Soporte Vital Básico (BLS)
con una intensidad de 12 horas teórico - prácticas

Dado el día 9 del mes de junio de 2017

Dr. Víctor Alexánder Sáenz Castro
Director General
Virrey Solís I.P.S

Empresa ejemplarse Latinoamérica

Juan Pablo Durán Paéz
Coordinador Laboratorio de Simulación
Virrey Solis I.P.S

Scanned by CamScanner

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

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

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

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

FECHA:	14/12/18	CIUDAD:	Bogota D.C	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:	OTRO
		X				

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Quetada	Medina	Sergio	Andres

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X C.E. R.C. NUIP	1.109.385.825	Lerida - Tolima.	17/mayo/2011
PASAPORTE OTRO CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
07/05/1993	Lerida - Tolima	Colombia	Colombiano

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) X CASADO(A) DIVORCIADO(A) UNION LIBRE VIUDO(A)	0	0	3108557106

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA			PROFESION/ OFICIO
MAGISTER POSGRADO UNIVERSITARIO BACHILLER PRIMARIA TECNICO TECNOLOGO OTRO	Terapia Respiratoria	OTRO CUAL:	Terapeuta Respiratorio

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 45 N° 8-74	Bogota	Cundinamarca	Colombia	4731318

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
andremelende@hotmail.com		PROPIA	FAMILIAR	ARRENDADA X

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA		ICA		CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA
		SI		SI		NO X	8692
		NO X			SI X	NO	PRINCIPAL: X SECUNDARIA:

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

FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI	NO X	SI	NO X	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA									NIT	
GOBIERNO	COMERCIAL	VICIOS	LUD						NIT	800215303-7
EXPORTACIONES	AGRICOLA	ENERGETICA	INANCIERA	RANSPORTE	CNOLOGIA	IMENTOS	M CAMENTOS			
OTRA	CUAL:	X								

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DG 34 N°5-43	3444484	Bogota D.C	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Terapeuta Respiratorio.	FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)		03/03/2018

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$5.000.000	GASTOS FAMILIARES	$300.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	$650.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$1'000.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$5.000.000	TOTAL EGRESOS	$1'950.000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Leguitamo	Rincon	Luis	Eduardo
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
calle 45 N° 8-74	Bogota D.C	Amigo	4731318-3115990840

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Cuenta Ahorros	009500719399	Trinidad Galan	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ TRA ☐

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.):

del Ejercicio de mi Profesión como Terapeuta Respiratorio.

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.
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 EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

CC. 1109.385.825.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA				XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION			
1.Fecha		**2. Ciudad**		**1. Fecha:**		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:				**3. Nombre y Cargo de quien verifica:**			
4. Lugar de la Entrevista:				**4. Lugar de la verificación:**			
5. Observaciones:				**5. Observaciones:**			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		**6. Firma y cédula:**			

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1109385825
NOMBRES Y APELLIDOS	Quezada Medina,Sergio Andres
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/12/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Quezada Medina,Sergio Andres, a los 13 días del mes de diciembre del año 2018.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1109385825,** se encuentra afiliado (a) desde **30/12/2011** 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 13 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

1'109.385.825 Numero de Documento	Colmena. ARL

Sergio Primer Nombre	Andrés Segundo Nombre	Quezada Primer Apellido	Medina. Segundo Apellido

07/05/1993 F. Nacimiento dd/mm/aa	Lerida-Tolima Ciudad de Nacimiento	Calle 45 N° 8-74 Dirección de Residencia	4731318 Teléfono Fijo

Sanitas. EPS EPS - Salud	Colpensiones AFP - Pensiones	$ 2'800.000 = Honorarios

Terapeuta Respiratorio Objeto Contractual (Cargo)	03/marzo/2018 Fecha Inicio del Contrato
andremelende@hotmail.com Correo Electrónico	3108557106. Celular

Firma del Afliado
CC. 1.109.385.825
Lerida-Tolima.

Esneda Rocha.
Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C. 41.920.114.

Scanned with CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119200794

WEB
22:05:35

Bogotá DC, 13 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) SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1109385825:

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 jueves 13 de diciembre de 2018, a las 22:11:24, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1109385825
Código de Verificación	1109385825181213221124

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. 2611711

Bogotá D.C., 14 de Diciembre de 2018 - 0:01 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 CIENTO NUEVE MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO**

1109385825

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_4AE63_010
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 22:18:38 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1109385825**
Apellidos y Nombres: **QUEZADA MEDINA SERGIO ANDRES**

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

ISO 9001 ISO 14001 ISO/IEC 27001

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 Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **13/12/2018**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor SERGIO ANDRES QUEZADA MEDINA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1109385825**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550009500719399**
Fecha de apertura	**26/12/2016**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA