

Buscar por proceso Menú ▼

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones JOAQUIN HERNANDO AVILA SANCHEZ.

JOAQUIN HERNANDO AVILA SANCHEZ con el NIT 85475015 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 >



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 14-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO AVILA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SANCHEZ	NOMBRES JOAQUIN HERNANDO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 85475015	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 85475015 D.M. 5		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 26 MES JUL AÑO 1976 PAÍS Colombia DEPTO Magdalena CIUDAD Santa Marta		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CALLE 12A SUR # 29 - 10 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 0 EMAIL j.havila@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 BÁSICA											TÍTULO		BACHILLER ACADÉMICO	
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	ENERO	AÑO	1993

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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	8	X	ENFERMERO	11 2001	4527



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

SIDEAP

Última Actualización: 14-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 CAPS ALTAMIRA SUBRED CENTROORIENTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD altamiracaps@gmail.com	
TELÉFONOS 2091480 ext 2130	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 8 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ENFERMERO	DEPENDENCIA URGENCIAS HOSPITALIZACION	DIRECCIÓN KRA 12A ESTE 42 A 32 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DE USAQUEN	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD referenciahusaquen@gmail.com	
TELÉFONOS 5262797	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 5 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 9 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO ENFERMERO	DEPENDENCIA URGENCIAS . HOSPITALIZACION	DIRECCIÓN CR 18 A 197 91	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ESE HOSPITAL SAN CRISTOBAL	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD j.havila@hotmail.com	
TELÉFONOS 2091480 ext 2130	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 12 AÑO 2010		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 7 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO ENFERMERO	DEPENDENCIA URGENCIAS HOSPITALIZACIÓN	DIRECCIÓN KRA 12A ESTE 42A 32 SUR	

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	7	7
PRIVADO	0	0



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDE AP

Última Actualización: 14-dic-2018

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

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

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ____ NO ____ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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

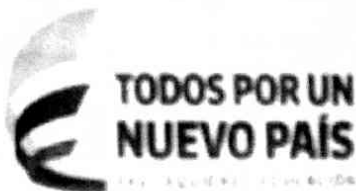
Joaquín H. Avila. Sarden
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud
Cartero Ormae E S S E

SIDEAP

Calle 12A Sur # 29 - 10 Bogotá D.C. 011014

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JOAQUIN HERNANDO AVILA SANCHEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 85475015 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección CALLE 12A SUR # 29 - 10

Teléfonos 3103533506 0

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
GILMA ELENA SANCHEZ MONTAÑO	36693206	MADRE
MARIA YANETH GUILLEN SANCHEZ	57433333	HERMANO(A)
PEDRO PABLO AVILA SANCHEZ	7143468	HERMANO(A)
GILMA CONCEPCION AVILA SANCHEZ	57434490	HERMANO(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	\$ 61 200 200,00
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	\$ 61 200 200,00

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
BANCOLOMBIA	AHORROS	17726191921	CHAPINERO	\$ 13 000 000,00
DAVIVIENDA	AHORROS	6180506751	CHAPINERO	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	DXM261	\$ 36 000 000,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
-------------------	----------	-------



**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

Última Actualización: 14-dic-2018

BANCOMEVA

CREDITO

\$ 12.000.000,00

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. ☐

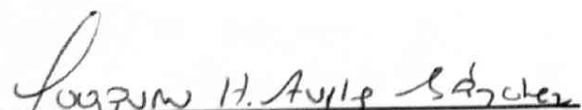
2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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. 14-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



La

Corporación Educativa de la Costa Atlántica De Santa Marta - Magdalena

Aprobado de Co. a llo. según Resoluciones Nos. 598 de Julio 24 y 118-120 de 20 de Noviembre de 1.992
emanadas de la Secretaría de Educación del Departamento del Magdalena

Joaguin Hernando Avila Sanchez

Identificado(a) con C.C. No. 50772-2-00-3 de Santa Marta

El Título de

Bachiller Académico

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

[Firma]

Rector(a)

[Firma]

Secretario(a)

Santa Marta, 15 de Julio de 1.993

Enviado al folio No. del Libro de Registro No.

Secretaría de Educación



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre la

Universidad Cooperativa de Colombia

Personería Jurídica, resolución 24.195 del 20 de Diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional.

En atención a que

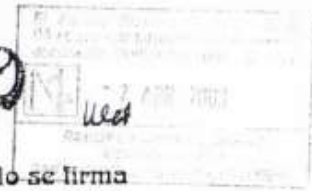
Joaquín Hernando Abila Sánchez

CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 85'475.015 DE SANTA MARTA

ha cumplido con todos los estudios
que los estatutos universitarios exigen para optar al título de

ENFERMERO

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello se firma
en Santa Marta a los 30 días del mes de noviembre de 2001



[Signature]
Rector

[Signature]
Rector Honorario

[Signature]
Decano de Facultad

[Signature]
Dirección General

[Signature]
Coordinador General

[Signature]
Registros y Diplomas

Acta de Grado

REPUBLICA DE COLOMBIA



Corporación Educativa de la Costa Atlántica Santa Marta - Magdalena

Aprobado de 6° a 11° según Resoluciones Nos. 131 y 132 de Junio 29 de 1994 y 626 de Nov. 9/98
emanada de la Secretaría de Educación del Departamento del Magdalena

En ciudad de SANTA MARTA a los 15 días del mes de Enero del año de 1.993 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaría en la Rectoría del COLEGIO "CORPORACION EDUCATIVA DE LA COSTA ATLANTICA" C.E.D.C.A. modalidad BACHILLERATO institución aprobada hasta UNDECIMO GRADO en el nivel de Educación Media y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad BACHILLERATO ACADEMICO según Resolución(es) Número(es) 598 de Julio 24 y 118 de Noviembre 20 de 1.992.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyo número de orden, nombre, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación

No.

NOMBRE

04 AVILA SANCHEZ JOAQUIN HERNANDO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD 85*475.015 de Santa Marta

Es fiel copia tomada del Acta original No. UNO (1) de fecha Enero 15 de 1.993

que consta de 41 alumnos graduados, constanza por el nombre de ALVAREZ RUBY LILIANA

***** **** * y se cierra con el nombre de

TRINERA JARABA RICAURTE JOSE ***** **** *****

Firmado y sellado por ANTONIO ALFONSO AHUMADA BADO (Rector) y

MARIA DEL CARMEN GOMEZ PEREZ (Secretario)

Dado en SANTA MARTA a los 15 días del mes de ENERO de 1.993

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento de lo ordenado en el Artículo 11 del Decreto 1850 de 1994 -

Firmado y Sellado

El Rector o Director(a)

El Secretario(a)

C.C. No.12*525.479 Santa Marta

C.C. No.63*312.352 B/manga.



UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Acta Individual de Graduación No. 108

DEPENDENCIA: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERIA

APROBACIÓN DEL PROGRAMA: ACTA No. 014 DE SEPTIEMBRE 15 DE 1993

FECHA: 30 DE NOVIEMBRE DE 2001

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

En atención a que JOAQUIN HERNANDO AVILA SANCHEZ

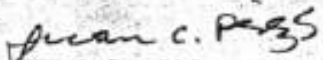
con cédula de ciudadanía No. 85,475,015

Cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por las normas legales y
estatutarias, le expide el título de ENFERMERO

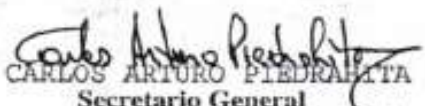
Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico mediante acta

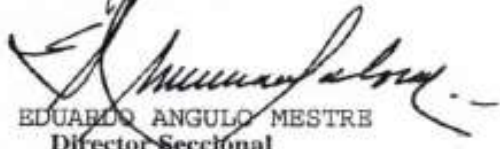
No. 009 en sesión del día 23 de OCTUBRE de 2001

Para constancia se suscribe por:


JUAN CARLOS PEREZ SOTO
Rector

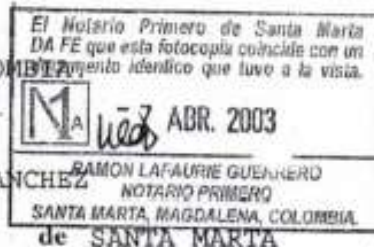

CESAR PEREZ GARCIA
Rector Honorario

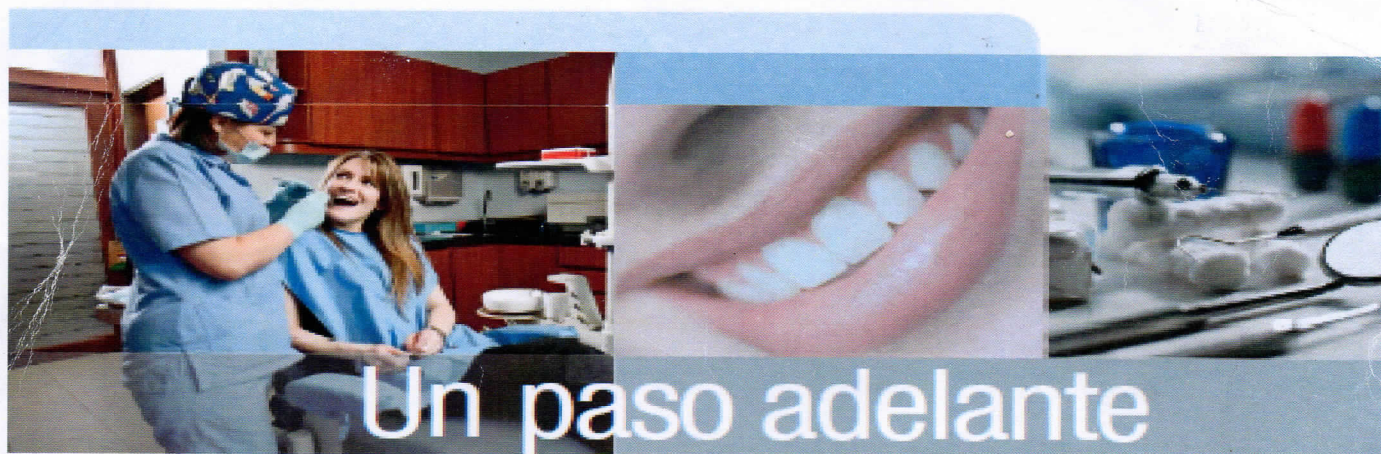

CARLOS ARTURO PIEDRAHITA C.
Secretario General


EDUARDO ANGULO MESTRE
Director Seccional


JUAN OLIVELLA JACQUIN
Decano de la Facultad

No. 076





Un paso adelante en Esterilización

3M Colombia Certifica que:

Joaquín Ávila

**Asistió a la conferencia “Bioseguridad en la Central de
Esterilización e Importancia en el Control de Infecciones
en Salud Oral”**

Intensidad Horaria: 2 Horas

Bogotá, 30 de Agosto de 2012

**Miguel Sosa
Servicios Profesionales
Esterilización**

3M



***Certificado de Asistencia y
Participación
Simposio
El Reto 0 Bacteremias***

Joaquin Avila

Duración: seis horas
Fecha: 17 de Julio de 2012

*Los retos...
los cumplimos
en equipo*



3M

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 3314
Dirección Centro Regulador De Urgencias Y Emergencias

Certifica que

AVILA SANCHEZ JOAQUIN

85475015

Asistió al Curso Taller de
PRIMER RESPONDIENTE
Intensidad horaria de (8) Ocho horas
VALIDEZ DOS (2) AÑOS

Bogotá – Colombia, 18 de Febrero de 2011

"El presente certificado no confiere título de idoneidad para laborar en actividades relacionadas con la salud"

Manuel Antonio Villamizar Mejía

Manuel Antonio Villamizar Mejía
Director Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

Héctor Zambrano Rodríguez



Héctor Zambrano Rodríguez
Secretario Distrital de Salud de Bogotá
ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

BOGOTÁ
POSITIVA
GOBIERNO DE LA CIUDAD



DCRUE BOGOTÁ



SALAMANDRA[®]
Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias & Emergencias

Certifica que

Joaquin Avila Sanchez

Asistió al Simposio

Actualización en Reanimación

Intensidad 8 horas

Bogotá, Noviembre 24 de 2010

académica
Travesía



Laureano Quintero Barrera
Director Científico
Presidente Fundación Salamandra



REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

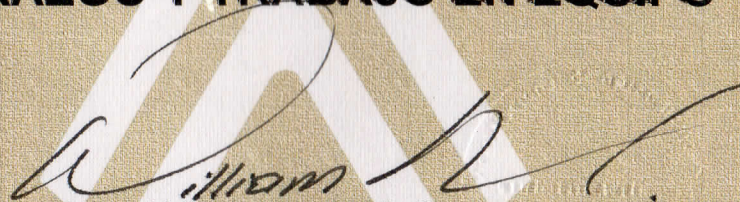
HACE CONSTAR QUE

JOAQUIN HERNANDO AVILA SANCHEZ

CC.85.475.015

SENA
PARTICIPO EN EL CURSO

LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO



WILLIAM SALCEDO CUAO

COORDINADOR ACADÉMICO

Santa Marta, 27 de Febrero de 2004
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN



MULTISECTORIAL
CENTRO DE FORMACIÓN

SGC2004CP00120-23/02/2004
No. Y FECHA DE REGISTRO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



Libertad y Orden

Certifica

Que:

Joaquín Avila Sánchez

Participó en calidad de ASISTENTE en el Congreso
REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON CÁNCER

Con una intensidad de 8 horas, Realizado en Bogotá, Septiembre 23 de 2005

Carlos V. Rada Escobar

DR. CARLOS VICENTE RADA ESCOBAR
DIRECTOR GENERAL

Alejandro Garrido Serrano

DR. ALEJANDRO GARRIDO SERRANO
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN MÉDICA Y DOCENCIA

Juan Diego Monsalve Toro

DR. JUAN DIEGO MONSALVE TORO
COORDINADOR GRUPO DE REHABILITACIÓN ONCOLÓGICA

CAMI VERBENAL

Y

LABORATORIOS QUIRUMEDICAS LTDA

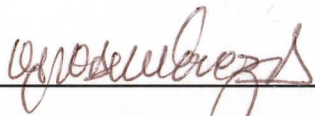
CERTIFICAN QUE:

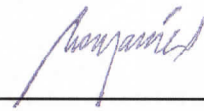
JOAQUIN AVILA SANCHEZ.

ASISTIO AL SEMINARIO DE:

**"SENSIBILIZACION SOBRE EL USO ADECUADO DE JABONES Y DESINFECTANTES.
ASEPSIA Y ANTISEPSIA — LIMPIEZA Y DESINFECCION DE SALAS, MANEJO DE RESIDUOS
HOSPITALARIOS "**

DURACION: 3 HORAS


DR. OSCAR JAVIER RODRIGUEZ
Medico Director
CAMI VERBENAL


NOEL GARCIA LONDOÑO
Gerente General
LABORATORIOS QUIRUMEDICAS LTDA

BOGOTA, 25 DE OCTUBRE DE 2005

ELIZABETH O.



**HOSPITAL OCCIDENTE
DE KENNEDY III NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

Wyeth

Certifica que:

AVILA JUAQUIN

Asistió al Primer Simposio

**"IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS PARA LA PREVENCIÓN
DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (IIH)"**

**Realizado en el Hospital Occidente de Kennedy III Nivel el 26 de septiembre de 2007
Con una duración de 6 horas**

FABIO BARRERA BARÓN
Gerente

MARIO ALBERTO POSADA
Subgerente de Prestación de
Servicios de Salud



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE
SALUD DE BOGOTÁ

Bogotá D.C., 26 de Septiembre de 2007

Por un Hospital que hace amable la vida

Bogotá sin indiferencia



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
ONUD
OT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



PROYECTO INTEGRA

CERTIFICA QUE:

ÁVILA SÁNCHEZ JOAQUÍN

Asistió al Taller:

“FORMACIÓN DE ASESORES PARA SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y VIH/SIDA”

**realizado en la ciudad de Bogotá D.C. los días 13 y 14 de Agosto de 2007, con una
intensidad horaria de 16 horas.**

Iván Javier Angarita Gálvez MD
Coordinador del Proyecto – Naciones Unidas (Colombia)

ASOCIACIÓN DE MÉDICOS DE SANTA MARTA D.T.C.H. ASOMED

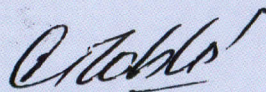
CERTIFICA QUE

Joaquín Ávila Sánchez

PARTICIPÓ EN EL

**6º Congreso de Urgencias, 5º de Actualización Médica
COSTA CARIBE**

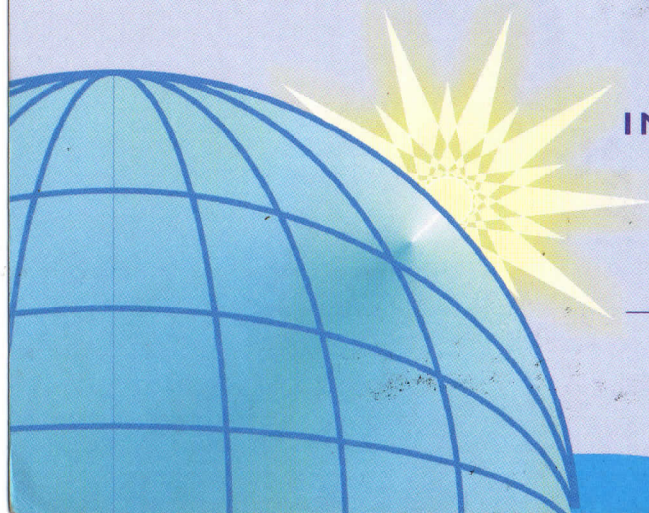
JUNIO 27, 28 Y 29 DE 2003
INTENSIDAD ACADÉMICA: 24 HORAS



César Robles Solano
PRESIDENTE



Ricardo Palacio Palacio
SECRETARIO



FUNDACION OFTALMOLOGICA DEL CARIBE "FOCA"

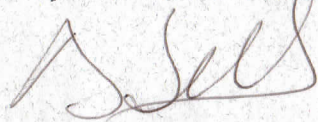
En convenio con

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DISTRICTAL "DASD"
PROGRAMA PAB

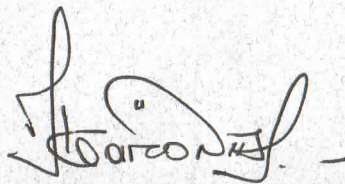
CERTIFICA

Que *JOAQUIN AVILA SANCHEZ* identificado con cédula de ciudadanía No. 85.475.015 expedida en Santa Marta, asistió al Taller de Sensibilidad con Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia "AIEPI", los días 4, 5 y 6 de Diciembre del 2002.

Santa Marta, Diciembre 6 del 2002.



LUIS EDUARDO ABELLO
Médico Pediatra



MARCO DONADO BARROS
Director Convenio PAB



TITO ACEVEDO RANGEL
Médico Pediatra



República de Colombia
Universidad Cooperativa De Colombia

Seccional Santa Marta

Personería Jurídica, resolución 24195 del 20 de diciembre de 1983 del Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE:

Joaquín Hernando Abila Sánchez

C. C. 85,475,015 de Santa Marta

Asistió al Seminario Taller

TALENTO HUMANO

Con una intensidad de 5 Horas

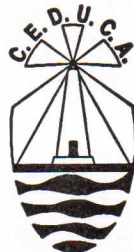
En testimonio de ello se firma y refrenda en Santa Marta, a los Dieciséis (16) días del mes de Noviembre del año dos mil dos (2002).

Unni Lambrou B.
Directora de Proyección Social

Susana
Facilitador

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA

Distrito Turístico Cultural e Histórico de Santa Marta



Centro Educativo
Piloto
para la Costa Atlántica

Resolución No. 103 de Noviembre 11 de 1992

C E R T I F I C A

Que **JOAQUIN HERNANDO AVILA SANCHEZ**

C. C. 85 475.015

Expedida en SANTA MARTA

Cursó y Aprobó el programa de:

ANALISIS Y PROGRAMACION DE COMPUTADORES

Cuyo desarrollo académico fue de 1.520 HORAS (4)

semestres teóricos y prácticos, haciéndose acreedor al presente

Certificado Diplomado en

Aptitud Ocupacional

Dado en Santa Marta, D. T. C. H. a los 22 días

del mes de DICIEMBRE de 1.995

C.E.D.U.C.A.

Director Administrativo

C.E.D.U.C.A.
Coordinador Académico

Coord.



Secretaria

Vo. Bo.

Coordinador Juvenil, Adultos
y Educación no Formal



Bogotá D.C 23 NOVIEMBRE 2017

Señores:

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA (SANTA MARTA)
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, JOAQUIN HERNANDO AVILA SANCHEZ 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:

Enfermero

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

JOAQUIN AVILA SANCHEZ

No. de documento:

85475015

Tarjeta profesional No:

4527

Dirección de contacto:

CALLE 1C N° 313-21 2 PISO

Teléfono:

3103533506



E.S.E.
SAN
CRISTÓBAL
NIT. 900216538-0

OBJETO: APOYO Y SOPORTE PROFESIONAL COMO ENFERMERO EN LOS DIFERENTES CENTROS DE ATENCIÓN DE LA E.S.E SAN CRISTOBAL

VALOR ADICIÓN		DÍAS ADICIÓN	FIN ADICIÓN
\$ 2.704.000		UN (01) MES	2015-08-31
No Contrato 2664-2015	\$ 8.112.000	2015-09-01	2015-11-30

OBJETO: APOYO Y SOPORTE PROFESIONAL COMO ENFERMERO EN LOS DIFERENTES CENTROS DE ATENCIÓN DE LA E.S.E SAN CRISTOBAL

No Contrato 4102-2015	\$ 2,704,000	2015-12-01	2015-12-31
-----------------------	--------------	------------	------------

OBJETO: APOYO Y SOPORTE PROFESIONAL COMO ENFERMERO EN LOS DIFERENTES CENTROS DE ATENCIÓN DE LA E.S.E SAN CRISTOBAL

No Contrato 588-2016	\$ 8,112,000	2016-01-01	2016-03-31
----------------------	--------------	------------	------------

OBJETO: APOYO Y SOPORTE PROFESIONAL COMO ENFERMERO EN LOS DIFERENTES CENTROS DE ATENCIÓN DE LA E.S.E SAN CRISTOBAL

VALOR ADICIÓN	DÍAS ADICIÓN	FIN ADICIÓN
\$ 8,112,000		2016-06-30

Los contratos aquí relacionados, no generan relación Jurídico Laboral entre la Entidad y el Contratista, ni el reconocimiento de Prestaciones sociales, solo la ejecución y prestación de los servicios contratados.

Nota: La información antes relacionada de carácter contractual queda sujeta a las liquidaciones efectuadas o por efectuar, razón por la cual se le sugiere solicitar copia de ellas.

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C., el viernes 15 de julio del 2016.

Cordialmente,

Virmary Angela Ortiz Herrera
Jefe Asesora Oficina Jurídica



CERTIFICACIÓN

Fecha: 22/10/2010
Versión: 01 (uno)
Hoja 1 de 1

EL SUSCRITO ASESOR JURÍDICO DEL HOSPITAL DE USAQUÉN I NIVEL E.S.E

CERTIFICA

Que revisados los archivos de la Oficina de Contratación del Hospital de Usaquén I Nivel E.S.E. se constata que el Señor **ÁVILA SÁNCHEZ JOAQUÍN HERNANDO**, identificado(a) con C.C. No. 85'475.015, prestó sus servicios como **PROFESIONAL EN ENFERMERÍA** al Hospital de Usaquén I Nivel E.S.E. de la siguiente manera:

TIPO DE CONTRATO: Orden de prestación de servicio - OPS No. 361 de 2010.

OBJETO: El contratista se obliga a prestar a la entidad por sus propios medios, con plena Autonomía Profesional y Administrativa los servicios de Enfermería.

Fecha de Iniciación: 01 de Agosto de 2010.

Fecha de Terminación: 30 de Octubre de 2010.

Valor de la Orden de Prestación de Servicios No. SEIS MILLONES NOVENTA MIL PESOS MCTE (\$6.090.000.)

La presente, se expide a solicitud del interesado, dada en Bogotá D.C. a los Once (11) días del mes de Noviembre de 2010.

CARLOS HUMBERTO AGÓN LLANOS
Asesor Jurídico
Hospital de Usaquén I Nivel E.S.E

Elaboró: Marcela Colomado - Auxiliar Administrativo OPS

Revisó: René Maldonado Melo - Profesional Administrativo OPS



BOGOTÁ
GOBIERNO DE LA CIUDAD

E-mail: gerencia@hospitalesusquen.gov.co

Carrera 6/A No 119 B-14 P.O.B. 583030 Telefax 6 191229



DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y LEGAL CERTIFICACION

Que el (la) señor (a) **Ávila Sánchez Joaquín Hernando** identificado (a) con cédula de ciudadanía número **85475015** estuvo vinculada (o) en nuestra compañía desempeñando en misión el cargo apoyo temporal como **JEFE DE ENFERMERIA** desde el 01 de Junio de 2009 al 28 de Junio de 2010 y desde el 01 de Julio de 2010 al 31 de Julio de 2010 en la empresa usuaria **HOSPITAL DE USAQUEN**.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 09 días del mes de Agosto de 2010.

Cordialmente,


LEANDRO MORA YELA
 Director Administrativo y Legal



CALLI
CALLE 23 A Norte No. 4N-11
PBX: 524 3666 - 652 8405
FAX: 668 3436
CEL: 315 5601619
yja@servissesorias.com.co

PEREIRA
CALLE 2 No. 12-25
TELS: 331 2651 - 331 6249
FAX: 331 6237
CEL: 315 575 9582
servicp@servissesorias.com.co

MEDELLIN
CRA. 89 No. 46B-46
TELS: 260 6727/0004
FAX: 260 7660
CEL: 315 575 9576
yja@epm.net.co

BOGOTÁ, D.C.
CRA. 6 No. 46-23
P.B.X.: 323 0622 - 245 2644
FAX: 232 7331
CEL: 315 575 9578
yja@servissesorias.com.co

BARRANQUILLA
CALLE 70 No. 50-03 Of. 11
C.C. LOS POBLES
TELEFAX: 345 6521
CEL: 315 575 9581
servissesorias@bci.net.co

IBAGUÉ
CALLE 12 No. 2-75 Of. 305
Edificio el Molino Centro
TEL: 261 0128 - 263 2133
CEL: 315 485 5548
www.servissesorias.com.co

SUCRAMANGA
CÚCUTA
CARTAGENA
Afiliado "WOSETT"



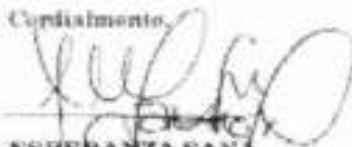
**LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN HUMANA DE LA
COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PROMOVRIENDO C.T.A
HACE CONSTAR:**

Que una vez verificado los registros correspondientes a el señor **JOAQUIN HERNANDO AVILA SANCHEZ**, identificado con cédula de ciudadanía N° 85.475.015, presto servicio en la empresa cliente **HOSPITAL DE USAQUEN I NIVEL E.S.E.**, como **ENFERMERO** y se encontraba asociado(a) a la Cooperativa **PROMOVRIENDO C.T.A** desde el día 19 de Diciembre de 2005 hasta el día 05 de Febrero 2006, y desde el día 05 de Mayo de 2006 hasta el día 31 de Julio de 2006.

Su convenio de asociación y los servicios que prestó están regulados por la ley 79 de 1998 y el decreto 468 de 1990.

Cualquier información adicional con gusto la atenderemos.

Esta constancia se expide a solicitud del asociado a los 13 días del mes de Febrero de 2010 y es de validez restringida.

Cordialmente,

ESPERANZA SANA
Coordinadora de Gestión Humana

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 85.475.015

AVILA SANCHEZ

APELLIDOS

JOAQUIN HERNANDO

NOMBRES

Joaquin Avila S.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-JUL-1976

SANTA MARTA
(MAGDALENA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

31-OCT-1994 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

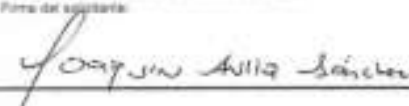
Carlos Amel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00657179-M-0085475015-20140326

0037737260A 1

1152807847

 DIAN <small>Departamento de Impuestos y Aduanas Nacionales</small>	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal	 <small>Registro Único Tributario</small>	001																												
3. Concepto: 02 Actualización <small>El usuario registrado para el RUT</small>		4. Número de formulario: 14400113285																													
		 <small>14157707212469964802010000014400113285</small>																													
5. Número de identificación Tributaria (NIT): 85475015		6. Dv: 8																													
12. Dirección seccional: República de Bogotá		14. Buzón electrónico: 32																													
IDENTIFICACION																															
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión líquida 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 13																													
26. Número de identificación: 85475015		27. Fecha expedición: 19941031																													
Lugar de expedición: COLOMBIA		28. País: 169																													
29. Departamento: Magdalena		30. Ciudad/Municipio: Santa Marta 001																													
31. Primer apellido: AVILA		32. Segundo apellido: SANCHEZ																													
33. Primer nombre: JOAQUIN		34. Otros nombres: HERNANDO																													
35. Razón social:																															
36. Nombre comercial:																															
UBICACION																															
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C. 11																													
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 001		41. Dirección principal: CL 55 13 30 AP 212 BRR CHAPINERO																													
42. Correo electrónico: javila@hotmail.com		43. Código postal: 4754617																													
44. Teléfono 1: 3103533506		45. Teléfono 2:																													
CLASIFICACION																															
Actividad económica		Ocupación																													
46. Código: 8892		47. Fecha inicio actividad: 20030224																													
48. Código: 20030224		49. Fecha inicio actividad: 20030224																													
50. Código: 1		51. Código: 0																													
52. Número establecimientos: 0																															
Responsabilidades, Calidades y Atributos																															
53. Código: 20																															
20- Otención NIT																															
Obligaciones aduaneras		Exportadores																													
54. Código: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>55. Forma:</td> <td>56. Tipo:</td> <td>57. Modo:</td> <td>58. CPC:</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>		55. Forma:	56. Tipo:	57. Modo:	58. CPC:	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																						
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																						
55. Forma:	56. Tipo:	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: 0																													
61. Fecha: 20170112		62. Firma autografiada:																													
La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponderá 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 autografiada:																													
		994. Nombre: DIANA RINCON MARIA ISABEL 995. Cargo: Gestor I																													



**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 25-08-2016
Hora: 9:58:19 AM
Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 85475015-8 JOAQUIN HERNANDO AVILA SANCHEZ

Información General

Dirección CL 55 13 30 AP 212

Teléfonos 3928021-3103533506

Dirección electrónica

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 25/08/2016

Soporte inscripción 15833765

Fecha Inicio Actividades 24/02/2003

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica 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: 16001095901



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

Fuente ICA TE TOCA

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Infantería Reservista Segunda Clase

NÚMERO 85475015

APELLIDOS Y NOMBRES
AVILA SANCHEZ

JOAQUIN HERNANDO

Perteneciente al Ejército del

1ª EDICIÓN	2ª EDICIÓN	3ª EDICIÓN
2006	2016	2020

BACHILLER

PROFESIÓN

10-MAR-2008

FECHA DE EXP.

10-MAR-2008



Edgar R. Bernal

COLOMBIA

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento militar y es obligatorio presentarlo para los siguientes casos:
 - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
 - Ingresar a la carrera administrativa.
 - Tener posesión de cargos públicos.
 - Obtener grado de pertenencia en cualquier centro docente de educación superior.
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.



2451259

EJ-GBW-400



REPÚBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



IDENTIFICACION
NOMBRE JOAQUIN HERNANDO AVILA SANCHEZ
C.C. 85.475.816 SANTA MARTA
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA
NÚM. 28847
ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERAS
EXPIRO 21/DIC/2010
PRÓXIMA
RENOVACION
21/DIC/2020

Si es reconocida por tener devuelta a ANEC

Esta tarjeta es documento público, se expide de acuerdo
a la Ley 284 de 1978 y es válida en todo el Territorio Nacional.

IDENTIFICACION ANEC

Barry L. Smith

No.

IDENTIFICACION ANEC

RESOLUCION No. 25 4527 DE 2005

(23 SET. 2005)

"Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional"

EL SECRETARIO DE SALUD

En uso de la facultad concedida por los Decretos 1875 de agosto 3 de 1994 y 3134 de 1996 del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO:

Que JOAQUIN HERNANDO AVILA SANCHEZ, identificado (a) con cédula de ciudadanía No.85.475.015 de Santa Marta (Magdalena), ha solicitado autorización del ejercicio Profesional como ENFERMERO, TITULO que le otorgó LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SANTA MARTA - MAGDALENA, SEGUN ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION No.108, DE FECHA 30 DE NOVIEMBRE DE 2001.

Que dicho título se encuentra debidamente Registrado al Folio No.1610, libro 3, por la Secretaría de la Universidad, Santa Marta - Magdalena, del 30 de noviembre de 2001.

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO, HOSPITAL "SAN MARTIN DE PORRES" DE CHOCONTA CUNDINAMARCA, DEL 24 DE AGOSTO DE 2004 AL 23 DE AGOSTO DE 2005.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a JOAQUIN HERNANDO AVILA SANCHEZ, Identificado (a) con la cédula de ciudadanía No.85.475.015 de Santa Marta (Magdalena), para ejercer la profesión como ENFERMERO, en el Territorio Nacional, autorización que tiene los efectos de inscripción para laborar en el Departamento de Cundinamarca.

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

ARTICULO TERCERO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 23 SET. 2005



NESTOR AGUDELO VALENCIA
Secretario de Salud

 Dra. María Isabel Serrano Rangel / Oficina Asesora de Asuntos Jurídicos
Yanes. W.

CUNDINAMARCA
Es tiempo de crecer

Sede Administrativa - Calle 28 47-73 Torre de Salud Piso 6 Bogotá, D.C.
Tel. 091- 426 04 12 / 04 13 Fax 426 18 92
www.gobernacion.gov.co 2434

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

Número de Identificación *

85475015

Primer Nombre *

joaquin

Primer Apellido *

avila

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-14→10:35:38 AM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	85475015	JOAQUIN	HERNANDO	AVILA	SANCHEZ	Ver

Información Detallada [CC: 85475015] JOAQUIN HERNANDO AVILA SANCHEZ

2018-12-14→10:35:38 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	0001/1/01	ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

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



Tribunal Nacional Ético de Enfermería

Ley 266 de 1996

Ley 911 de 2004 "Ley Deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia"

HACE CONSTAR QUE:

El enfermero **JOAQUÍN HERNANDO ÁVILA SÁNCHEZ** identificado con la cédula de ciudadanía número 85.475.015, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los dieciséis (16) días del mes de noviembre del año dos mil diecisiete (2017).

Cordialmente,


EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	85475015
Nombres y Apellidos	JOAQUIN AVILA SANCHEZ		
Fecha de nacimiento:	26/07/1976		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
AH1N1	Primera dosis	19/03/2010			GRUPO EXTRAMURAL - USAQUEN
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única	30/08/2013	Bostrix		
DPT Acelular	Cuarta dosis	05/04/2017	Bostrix	AC37B177AC	CAMI ALTAMIRA
Fiebre amarilla	Primera dosis	07/05/1999	Stamaril		
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	08/07/1998			
	Segunda dosis	10/08/1998			
	Tercera dosis	12/01/1999			
	Refuerzo	30/04/2015	Engerix B Adultos		
Influenza	Única	10/07/2018	Vaxigrip	R3B44	CEPAIN IPS SAS
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis	04/02/2010			
	Refuerzo	25/05/2017	pneumovax 23	M037533	CEPAIN IPS SAS
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única				
Td	Primera dosis	07/02/2011	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Segunda dosis	10/03/2011	Toxoide Tetánico y diftérico		
	Tercera dosis	26/09/2011	Toxoide Tetánico y diftérico		
Toxoide Tetánico	Primera dosis				

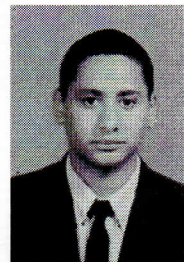
Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	85475015
Nombres y Apellidos	JOAQUIN AVILA SANCHEZ		
Fecha de nacimiento:	26/07/1976		

Toxoide Tetánico	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis	07/02/2011			UPA 1 DE MAYO
	Segunda dosis	10/03/2011	Tetanol Pur		
	Tercera dosis	26/09/2011	Tetanol Pur		
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DR. OSCAR ANDRES
BARRETO MORALES
MÉDICO ESPECIALISTA
EN SALUD OCUPACIONAL Y
RIESGOS LABORALES



EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
CERTIFICADO DE APTITUD NO. 85475015

INFORMACIÓN GENERAL			
FECHA:	06-12-2016	TIPO DE EXAMEN:	INGRESO
LUGAR:	bogota	CEDULA:	85475015
NOMBRE:	Joaquin Hernando avila sanchez	TELEFONO:	3103533506
GENERO:	masculino	EPS:	cafesalud
EDAD:	40 años	EMPRESA:	Caps alta mira
OCUPACION:	Enfermero jefe	CARGO:	Enfermero jefe
EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL REALIZADOS			
TIPO DE VALORACIÓN.		RECOMENDACIONES:	
MÉDICINA ESPECIALIZADA OCUPACIONAL.		Uso de elementos de protección personal, pausas activas, higiene postural, valoración por eps.	
CONCEPTO DE ACTITUD LABORAL:			
<u>APTO</u>			
OBSERVACIONES: ninguna			
TIPO DE RESTRICCIÓN: NINGUNA			
<p><i>Dr. Oscar Andrés Barreto Morales</i> Médico Especialista en S.S.T R.M. 95102010 LIC. 4500</p> <p><i>Joaquin Avila Sanchez</i> C.C. 85475015 STG HTA</p>			
Dr. OSCAR ANDRES BARRETO MORALES.		FIRMA DE EL EMPLEADO	
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.		CEDULA DE EL EMPLEADO: 85475015 SANTA MARTA.	
CEDULA: 1018407035.		Certifico que no he omitido información sobre mi estado de salud, todo es verídico y puede ser confirmado.	
REGISTRO MEDICO: 95102010.			
LICENCIA EN S.S.T: 4700. BOGOTA.			

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

JOAQUIN AVILA

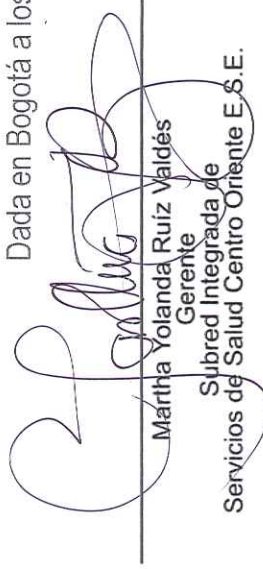
C.C.: 85475015

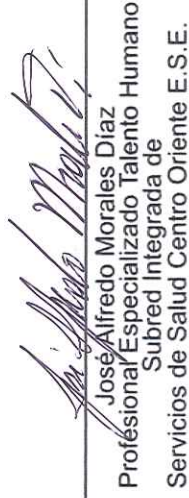
Asistió a la capacitación en:

**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Junio de 2017


Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.


José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

12 Años
Educar para Servir



El instituto de formación para el trabajo y desarrollo humano bajo la ley 115 de 1994 y decreto 114 de 1996
2888 del 2007 para la educación informal y acuerdo O.M.S. matrícula mercantil 02053019 registro 030824525

JOAQUIN HERNANDO AVILA SANCHEZ

CERTIFICA QUE:

DI : 85.475.015

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO SOBRE

**SOPORTE VITAL CARDIACO AVANZADO (SVCA)
ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT (ACLS)**

**PARA PROFESIONALES DE LA SALUD
CON UNA INTENSIDAD DE 48 HORAS**

DADA EN BOGOTÁ A LOS 18 DÍAS DEL MES DE NOVIEMBRE 2017



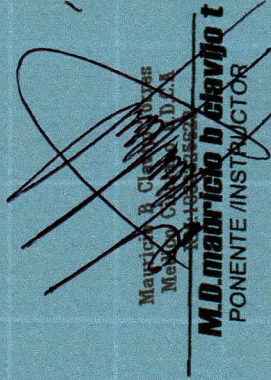
JUAN CARLOS JIMÉNEZ GARCÍA
Director Instituto Vertical Salud Urgencias y Emergencias

RCP
para Vivir



Dra. YESMI ADRIANA BONILLA
Coordinadora académica V.S.U.E

**AUTHORIZED
TRAINING
CENTER**
American Heart
Association
Learn and Live



M.D. MAURICIO B. CLAVIJO
PONENTE / INSTRUCTOR

ACLS
Advanced Cardiac
Life Support

C-0944
Código de VERIFICACION

 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:	2018-12-14	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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 E.S.E. como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de 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:	
I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
AVILA	SANCHEZ		JOAQUIN	HERNANDO	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		85.475.015	SANTA MARTA	1994-10-31	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐	CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐		
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:	
	SANTA MARTA		COLOMBIA	COLOMBIANO	
ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐					3103533506
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ TECNICO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐					CUAL: ENFERMERO
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 12 A SUR 29 – 10 SANTA ISABEL		BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3103533506
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
efejoaguavila@gmail.com		N/A		PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
N/A		N/A	N/A	N/A	N/A
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
N/A	N/A		N/A	N/A	
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		N/A	N/A	N/A	
PASAPORTE ☐		OTRO ☐	CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☒		
			NACIONALIDAD: N/A		
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	PROPIETARIO ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCiante ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐		
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☒	IVA	SI ☐ NO ☒	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
		NO	ICA	SI ☐ NO ☒	8692
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O DELAH (DUEÑO, EMPLEADO O DEPENDIENTE) ACTIVIDAD ECONÓMICA	
SI ☐	NO ☐	SI ☐	NO ☐	SUBRED CENTRO ORIENTE	
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		CÓDIGO DE ACTIVIDAD		NOMBRE	
EXPORTACIONES: ☐ AGRICOLA ☐ INDUSTRIAL ☐ TRANSITORIA ☐ TRANSPORTES ☐ OTRO ☐		CÓDIGO DE ACTIVIDAD		NOMBRE	
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	
DIAGONAL 14 No 5-43		1444484		BOGOTÁ	
CARGO ACTUAL		ENFERMERO		FECHA VINCULACIÓN	
				2016-09-02	

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	\$ 2.904.000	GASTOS FAMILIARES	\$ 800.000	AHORROS		DEUDA POR PAGAR	
HONORARIOS		ARRENDOS	\$ 800.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	\$ 500.000
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	\$ 36.500.000	DEUDA VEHICULO	\$ 600.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDA TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$ 2.904.000	TOTAL EGRESOS	\$ 1.800.000	TOTAL ACTIVOS	\$ 36.500.000	TOTAL PASIVOS	\$ 1.104.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
N/A		N/A		N/A		N/A	

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en horario laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VASQUEZ	ALZATE	ANGEL	ALBERTO
DIRECCION	CIUDAD	PARENTESCO	TELÉFONO
CALLE 12 A SUR 29 - 10 SANTA ISABEL	BOGOTÁ	AMIGO	311553931

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	6180506781	CHAPINERO	1380838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PAGOS ☐ SERVICIOS ☐ OTRO ☐

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 aqui 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 entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

ENFERMERO

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 destinarán a actividades lícitas.

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 mí 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 últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. (Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACIÓN 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 PAÍSES.

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 Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización 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 tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

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 prestación 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder 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 satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: 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 harán 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de 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 consecuencia, 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 mí.

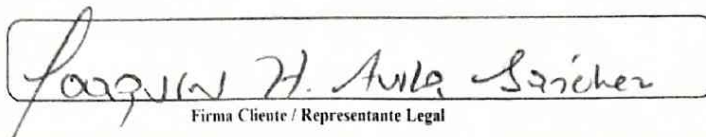
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo 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, teléfono 344 44 84 e-mail: sarluf@subredcentroorientegov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientegov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES"

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella digital 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:			

Certificado de Afiliación

El Señor JOAQUIN HERNANDO AVILA SANCHEZ , identificado con Cédula Ciudadanía 85.475.015, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

Información del Afiliado:

Nombre:	JOAQUIN HERNANDO AVILA SANCHEZ	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Número de identificación:	85475015	Fecha de retiro:	
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Estado actual:	VIGENTES	Nombre de Régimen	CONTRIBUTIVO
Tipo de Afiliado:	COTIZANTE	Municipio residencia:	Medellin
Dirección actual de residencia:	CLL 55 13 30 APTO 212	Depto. Residencia:	ANTIOQUIA
Teléfono actual de residencia:	3928021		

Documento Aportante	Razón Social	Fecha Inicio	Fecha Fin
85475015	AVILA SANCHEZ JOAQUIN HERNANDO	01/08/2017	

Información de los beneficiarios:

Tipo de Afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco
------------------	----------------	----	--------	------------------	--------	--------------	------------

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.

Se firma y expide en Bogotá a los 14 días del mes de Diciembre de 2018, a solicitud del interesado.

****INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION****

**SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.
DECRETO 806 ART. 55**

CORDIALMENTE



Jairo Enrique Lancheros

Gerente de Operaciones

Elaboro:



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JOAQUIN HERNANDO AVILA SANCHEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **85,475,015**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

85475015
Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR
ARL

JOAQUIN | HERNANDO | AVILA | SANCHEZ
Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido

26/07/76 | SANTA MARTA | Calle 12 A SUR # 29-10 | no hay
F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | Teléfono Fijo

MEDIMAS | PORVENIR | \$2.893.445,00
EPS - Salud | AFP - Pensiones | Honorarios

ENFERMERO JEFE |
Objeto Contractual (Cargo) | Fecha Inicio del Contrato

j.havila@gmail.com | 3103533506
Correo Electrónico | Celular

Joaquin H. Avila Sander
Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C. _____

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119176689



WEB

14:11:32

Hoja 1 de 01

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) JOAQUIN HERNANDO AVILA SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 85475015:

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.

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 14:02:56, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	85475015
Código de Verificación	85475015181213140256

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





Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 14:07 pm

**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
LA PERSONERÍA DE BOGOTÁ, D.C.**

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **JOAQUIN HERNANDO AVILA SANCHEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **OCHENTA Y CINCO MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINCE** de SANTA MARTA

85475015

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 figuren 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 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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_QIS9H_0714**

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



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 10:46:37 horas del 14/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **85475015**

Apellidos y Nombres: **AVILA SANCHEZ JOAQUIN HERNANDO**

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](#)



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



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTÁ
COLOMBIA,

2016/08/25

Por medio de la presente hacemos constar que el señor JOAQUIN HERNANDO AVILA SANCHEZ
con Cédula de Ciudadanía número 85475015
de BOGOTÁ D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 006180506781
Fecha Apertura 2005/12/20

Cordialmente,



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA