

Colombia Compra Eficiente

UTC -5 21:33:10
LEIVER MOSQUERA P...



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → **Configuración Entidad Estatal/Proveedor**

Id de página:: 14005969 **Ayuda**

- **Datos de la Entidad Estatal/Proveedor**
- **Áreas de interés**
- **Configuración Entidad Estatal / Proveedor**
- Administración de usuarios
- **Recomendaciones (no disponible)**
- **Biblioteca de documentos**
- **Suscripción a notificaciones**

Últimas modificaciones Todos los usuarios Activo Seleccione

Crear

Búsqueda de usuarios

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Nombre	Correo electrónico	Fecha de registro	Acceso a la cuenta	Última actualización de estado	Usuario		
LEIVER MOSQUERA PALACIOS	LEPAMOS16@GMAIL.COM	22/12/2017 09:51:35 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado	22/12/2017 12:37:10 PM *((UTC-05.00) Bogotá, Lima, Quito)*	Activo	Editar	Detalle

OPCIONES

Crear usuarios
Aceptar acceso
Rechazar acceso
Cancelar acceso
Revertir rechazo del acceso

VER

Últimas modificaciones
Todos
Usuarios activos
Usuarios inactivos
Accesos pendientes
Accesos aceptados
Accesos rechazados
Usuarios bloqueados

HERRAMIENTAS

Herramientas no está disponible.

Scanned by CamScanner

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: 23-ene-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MOSQUERA	PALACIOS	LEIVER

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 11645598

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 11645598 D.M Nº 29

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 16 MES ABR AÑO 1978

PAÍS: Colombia

DEPTO: Chocó

CIUDAD: Alto Baudó

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: KR 6B ESTE 88G 58 SUR

PAÍS: Colombia DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C. TELEFONO: 7217206

EMAIL: lepamos16@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO: BACHILLER TÉCNICO AGRICOLA
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES: NOVIEMBRE AÑO: 1997
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES	TEMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X		INGENIERO AMBIENTAL	12	2010	05238205374

Scanned by CamScanner

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

Ultima Actualizacion: 23-ene-2019

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED CENTRO ORIENTE ESE	X		Colombia

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

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3444484	DIA 12 MES 9 AÑO 2016	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
INGENIERO AMBIENTAL	VIGILANCIA SANITARIA	DG 34 5 43

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	X		Colombia

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

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3444484	DIA 7 MES 4 AÑO 2014	DIA 31 MES 8 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
INGENIERO AMBIENTAL	VIGILANCIA SANITARIA	KR 12G 22B 11 SUR

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ECOFUTURO		X	Colombia

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

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3192573092	DIA 1 MES 9 AÑO 2011	DIA 15 MES 12 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
INGENIERO AMBIENTAL	OPERACIONES TECNICAS	KR 7 27 52 OFICINA 202

Scanned by CamScanner

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 Actualizacion: 23-ene-2019

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 CODECHOCÒ	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Chocó	*MUNICIPIO* Alto Baudó		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 6711602	*FECHA DE INGRESO* DIA 9 MES 3 AÑO 2011		*FECHA DE RETIRO* DIA 9 MES 7 AÑO 2011
CARGO O CONTRATO INGENIERO AMBIENTAL	*DEPENDENCIA* RECURSOS NATURALES		*DIRECCIÓN* KR 1 22 96

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	2	10
PRIVADO	2	3
PARTICULAR	0	0
TOTAL	5	1

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 INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento Bogotá' 23 - 01 - 2019

Leider Mosquera P.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

Scanned by CamScanner

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: 23-ene-2019

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

Scanned by CamScanner

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: 23-ene-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LEIVER MOSQUERA PALACIOS

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 11645598 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección KR 6B ESTE 88G 58 SUR **Teléfonos** 3146688121 7217206

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
NIKOL ANDREA MOSQUERA BORJA	1023003859	HIJO(A)
ANA JOSEFA PALACIOS BECERRA	26309780	MADRE
AZAEL MOSQUERA MOSQUERA	4822020	PADRE

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 34.400.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 34.400.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	AHORROS	002100130851	Ciudad Jardin	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
CASA	KR 6B ESTE 88G 58 SUR	$ 58.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Fondo Nacional del Ahorro	Compra de Vivienda	$ 70.000.000,00

Scanned by CamScanner

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: 23-ene-2019

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
No	No

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
No	No

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
Olga Lucia Borja Diaz	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	1077425114

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
No	No

3. FIRMA

Leider Mosquera P.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 23-ene-2019

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO
1 ENE 2011
NOTARIA PRIMERA
DEL CIRCULO DE QUIBDO
ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL
QUE TUVE A LA VISTA

La República de Colombia
y por Autorización del Ministerio de Educación Nacional
La Universidad Tecnológica del Chocó
"Diego Luis Córdoba"
Quibdó - Chocó

En atención a que:

Leiver Mosquera Palacios

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 11.645.598 DE ALTO BAUDÓ, L. M. Nº 11.645.598 D. M. Nº 29

Ha completado los requisitos que los Estatutos Universitarios exigen para optar al Título de

Ingeniero Ambiental

Le expide el presente Diploma, en testimonio de ello, se firma en Quibdó el 10 de Diciembre de 2010

RECTOR | VICERRECTORIA DE DOCENCIA | SECRETARIO GENERAL | DECANO DE LA FACULTAD

Scanned by CamScanner

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO QUIBDO
11 ENE 2011
Yuber A. Ordoñez Arboleda
NOTARIA PRIMERA
DEL CIRCULO DE QUIBDO
ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL
QUE TUVE A LA VISTA

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL CHOCÓ
"DIEGO LUIS CÓRDOBA"
QUIBDÓ - CHOCÓ

ACTA DE GRADO Nº 1119

En la ciudad de Quibdó, sede de la Universidad Tecnológica del Chocó **"Diego Luis Córdoba"**, el día 10 de Diciembre de 2010, se reunieron el Señor Rector MA. EDUARDO ANTONIO GARCIA VEGA, el Vicerrector de Docencia M.A. FRANKLIN BARRIOS MATURANA, el Decano de la Facultad Msc. FREDDY LOZANO GARCÍA y el Secretario General Abogado EDWIN ETHIEL ARAGON LOZANO, con el objeto de realizar el acto de graduación y entrega de Diploma que, como:

INGENIERO AMBIENTAL

CODIGO SNIES 11184628001270011110O

Le otorga la Universidad a:

LEIVER MOSQUERA PALACIOS

CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 11.645.598 DE ALTO BAUDÓ

Por haber llenado los requisitos exigidos por los reglamentos, y en concordancia con lo dispuesto en el plan de estudios.
El Señor Rector, tomó el juramento de rigor e hizo entrega del Diploma, debidamente firmado por las autoridades competentes.
La presente acta se firma por los funcionarios autorizados.
Se deja constancia de que el graduado tiene definida su situación Militar, según Libreta Militar Nº 11.645.598 DISTRITO MILITAR No. 29

MA. EDUARDO ANTONIO GARCÍA VEGA
Rector

M.A. FRANKLIN BARRIOS MATURANA
Vicerrector de Docencia

Abogado EDWIN ETHIEL ARAGÓN LOZANO
Secretario General

Msc. FREDDY LOZANO GARCÍA
Decano de la Facultad

2423395133 UTCH DIEGO LUIS CORDOBA
01201017121119

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Tecnologico del Chocó Diego Luis Cordoba.
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Jeiver Mosquera Palacios 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:

Ingeniero Ambiental.
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 11645548

Tarjeta profesional No: 0523820537 4

Dirección de contacto: Kr 68 este 88G 58 Sur

Teléfono: 7217206 - 3146688121

Scanned by CamScanner

HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E.

GP-CER168238

LA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - PROCESO DE GESTION CONTRACTUAL Y SUPERVISION DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CON BASE EN LA REVISION DEL EXPEDIENTE Y LA DOCUMENTACIÓN FISICA

HACE CONSTAR:

Que el **HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** con NIT. 830.077.633-4, ubicado en la carrera 12D No. 26 A-62 sur y No. de Tel: 5966600, celebró el siguiente contrato con . **LEIVER MOSQUERA PALACIOS** con C.C. No**11.645.598,** cumpliendo con el objeto del mismo y que a continuación se relaciona:

N° OPS	VIGENCIA	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
336	2014	07 de Abril de 2014	31 de Julio de 2014
527	2014	01 de Agosto de 2014	02 de Febrero de 2015
638	2015	03 de febrero de 2015	31 de Julio de 2015
1008	2015	01 de Agosto de 2015	31 de Agosto de 2015

OBJETO DEL CONTRATO 336 DE 2014:

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE SANEAMIENTO O DE AMBIENTE DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PUBLICA DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

OBJETO DEL CONTRATO 527 DE 2014:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO AMBIENTAL O SANITARIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PUBLICA COMPONENTE VIGILANCIA SANITARIA DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

OBJETO DEL CONTRATO 638 Y 1008 DE 2015:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ADMINISTRACION AMBIENTAL O SANITARIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PUBLICA COMPONENTE VIGILANCIA SANITARIA DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

VALOR TOTAL DE LOS CONTRATOS: **$ 5.700.000.oo**
$ 17.574.001.oo
$ 17.807.536.oo
$ 9.137.751.oo

Scanned by CamScanner

HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E.

GP CER196.15

Se expide la presente certificación a solicitud de **LEIVER MOSQUERA PALACIOS**, en Bogotá D.C. a los siete (07) día del mes de Marzo de 2016.

Para mayor información favor dirigirse a la carrera 12D No. 26 A -62 sur.

Cordialmente,

MASSIEL MAGALI NEIRA GONZALEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO I

Proyectó: Yeimi Harpon
Revisó: Emma Esperanza Rey de Vega

Scanned by CamScanner

Bogotá 16 de diciembre de 2013

La Corporación Ecofuturo

CERTIFIFICA

Que el Ingeniero Ambiental. **LEIVER MOSQUERA PALACIOS,** identificado con cedula de ciudadanía No. **11.645.598,** de Alto Baudó-Chocó, trabajo en esta empresa con contrato a **TERMINO INDEFINIDO** desde el día 01 de Septiembre del 2011 hasta el día 15 de diciembre del 2013 desempeñando el cargo de **COORDINADOR DE OPERACIONES TECNICAS.**

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado el día **16 de diciembre de 2013.**

FRANKLIN ACOSTA
DIRECTOR EJECUTIVO

@ecofuturo.com.co

Scanned by CamScanner

CODECHOCO

CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO
CODECHOCO
NIT 899999 238-5

CALICHOC

Certificación 056

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA

Que el Señor **LEIVER MOSQUERA PALACIOS**, identificado con cedula de ciudadanía Nº 11.645.598 expedida en el Municipio del Baudó, prestó sus servicios a esta entidad de la siguiente manera:

OPS100- 2011
OBJETO: Prestó sus servicios Profesionales de Manera Autónoma e Independiente como Ingeniero Ambiental en el Proyecto Control Seguimiento y Monitoreo de los Recursos Naturales en el Departamento del Choco

DURACIÓN: Cuatro meses (4), contados a partir del nueve (9) de marzo al nueve (9) de julio de 2011.

La presente se firma a solicitud del interesado en Quibdó, a los treinta (30) días del mes de septiembre de 2011.

LUCERO PEREA AGUALIMPIA

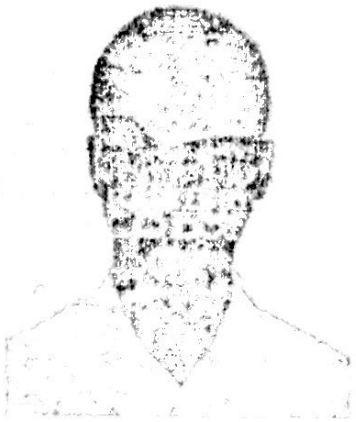
Proyectó	Revisó	Firmó	Fecha	No. Folios
Martin Palacios	Martin Palacios	Lucero Perea Agualimpia	30/09/2011	1

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **11.645.598**
MOSQUERA PALACIOS
APELLIDOS
LEIVER
NOMBRES

Leiver Mosquera P.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-ABR-1978**
ALTO BAUDO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **M** SEXO

17-MAY-1997 ALTO BAUDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1700100-00245940-M-0011645598-20100724 0022977494A 3 1830889686

Scanned by CamScanner

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14463594312

(415)7707212489984(8020) 000001446359431 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 6 4 5 5 9 8	0	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 6 4 5 5 9 8	1 9 9 7 0 5 1 7

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Chocó 2 7	Alto Baudo 0 2 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MOSQUERA	PALACIOS	LEIVER	

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: CR 6 B ESTE 88 G 58 SUR

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
lepamos16@gmail.com		3 1 4 6 6 8 8 1 2 1	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
3 9 0 0	2 0 1 0 1 2 1 0	7 4 9 0	2 0 1 4 0 3 3 1				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	1	2																								

12- Ventas régimen simplificado

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 8 0 3 2 6

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MOSQUERA PALACIOS LEIVER

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 21-01-2019 10:30:51PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 26-03-2018
Hora: 8:34:23 AM

CONTRIBUYENTE NIT 11645598-0 LEIVER MOSQUERA PALACIOS

Información General

Dirección CR 6 B ESTE 88 G 58 SUR

Teléfonos 3146688121

Dirección electrónica lepamos16@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 31/03/2014

Soporte Inscripción 16081095

Fecha Inicio Actividades 31/03/2014

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 39002-ACTIVIDADES DE SANEAMIENTO AMBIENTAL Y OTROS SERVICIOS DE GESTION DE DESECHOS PRESTADOS POR CONTRATISTAS DE CONSTRUCCION, CONSTRUCTORES Y

Actividad 2: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002814673

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

Fuente ICA TE TOCA

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

11645598

MOSQUERA PALACIOS
LEIVER

PERTENECE AL EJERCITO DE

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC	31 - DIC.	31 - DIC.
2004	2014	2024

PROFESION BACHILLER

FECHA EXPEDICION 25-SEP-2002



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
   - Tomar posesion de los empleos públicos o privados
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
   - Registrar título como profesional y ejercer la profesión
   - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
   - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad

29

2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

0396818

Comandante de Area

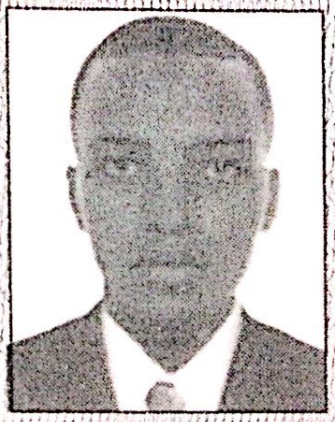
TC. JAIRO RESTREPO CORREA

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERIA

COPNIA



MATRICULA PROFESIONAL No.
05238205374ANT
INGENIERO AMBIENTAL

DE FECHA 19/05/2011
LEIVER
MOSQUERA PALACIOS
C.C. 11645598
UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DEL CHOCO "DIEGO LUIS CORDOBA"

PRESIDENTE DEL CONSEJO

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
COPNIA
Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

CERTIFICADO DE VIGENCIA Y ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
Nº E2019VEN00019630

REPÚBLICA DE COLOMBIA
CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA
COPNIA

EL DIRECTOR GENERAL

CERTIFICA:

1. Que MOSQUERA PALACIOS LEIVER identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº 11645598, se encuentra inscrito(a) en el Registro Profesional Nacional que lleva esta entidad, como INGENIERO AMBIENTAL con Matrícula Profesional Nº 05238-205374 ANT desde el (los) diecinueve (19) día(s) del mes de mayo del año dos mil once (2011).

2. Que la (el) Matrícula Profesional es la autorización que expide el Estado para que el titular ejerza su profesión en todo el territorio de la República de Colombia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 842 de 2003.

3. Que la (el) referida (o) Matrícula Profesional se encuentra vigente, por lo cual el profesional certificado actualmente NO está impedido para ejercer la profesión.

4. Que el profesional NO tiene antecedentes disciplinarios ético-profesionales.

5. Que la presente certificación tiene una validez de seis (6) meses y se expide en Bogotá, D.C., a los veintiuno (21) días del mes (enero) del año dos mil diecinueve (2019).

RUBÉN DARÍO OCHOA ARBELÁEZ

Firma del titular (*)

(*) Con el fin de verificar que el titular autoriza su participación en procesos estatales de selección de contratistas. La falta de firma del titular no invalida el Certificado.

El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria según lo establecido en la Ley 527 de 1999.

Para verificar la integridad e inalterabilidad del presente documento consulte en el sitio web http://gdocumental.copnia.gov.co/invesiteCSV indicado el código que se encuentra en el costado izquierdo de este documento

Calle 78 Nº 9 – 57 Piso 13 – Bogotá D.C. Pbx: 3220102 – Correo-e: contactenos@copnia.gov.co
www.copnia.gov.co

Documento firmado por: CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA - COPNIA, Nº de serie: 129108584675837808982322119188060538850.
Emisor del certificado: AC TESTINTE CERTICAMARA S.A., Fecha de emisión de la firma: 21/01/2019 23:25:06.
Código Seguro de Verificación [http://gdocumental.copnia.gov.co/invesiteCSV]: A8WWcARZcLMIa5yDADJ6 http://www.copnia.gov.co
Página 1 de un total de 1 página(s).

Certificado de Vacunación

Institución: Compensar

Nombre: JENEY MOSQUERA PELUCHO

Identificación: 1MCA5598 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
HB	(1)	13 DIC. 2016	1134025C3	Diana P. Rodriguez
	(2)	13 ENE. 2017	1134026C1	Katherine Sierra
	(3)	07 MAR. 2017	1134026C1	Diana Sierra
	(R)	6 MAR. 2018	1434034.02 04/20	Tatiana Zapata

CO.450150920

Scanned by CamScanner

Clinisur IPS 1 Ltda.
Salud Ocupacional

Régimen : COMUN

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000112975

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 22/01/2019 08:26:34

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: LEIVER MOSQUERA PALACIOS **C.C** 11645598

EDAD 40 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** INGENIERO AMBIENTAL



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☐	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Audiometría	☐	Cuales	ENFASIS OSTEOMUSCULAR
Espirometría	☐	Radiografías	

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

APTO PARA EL CARGO ☑ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA EPS

USO DE EPP/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

SE SUGIERE AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biometrica

Ginna Marcela Prieto C.
MEDICO CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
LIC. SO 11336/2017

FIRMA DEL ESPECIALISTA

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: F1-CA-FT- 011
VERSION: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA:	23- 01 2019	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Bogota D.C.

Distigundo 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	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Mosquera	Palacios		Leiver		

TIPO DE IDENTIFICACION					No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA-MM-DD)
C.C	X	C.E		R.C		NUIP		11645598	Alto Baudo - choco	1997-05-17
PASAPORTE		OTRO				ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI	X			

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1978-04-16	Municipio de alto baudo - Choco	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL						PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A)		CASADO		DIVORCIADO		UNION LIBRE	X	2	1	7217206

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA									PROFESION / OFICIO
MAGISTER		POSGRADO		UNIVERSITARIO	X	BACHILLER		PRIMARIA		TECNICO		TECNOLOGO		CUAL		Ingeniero Ambiental
OTRO																

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
KR 6B ESTE 88G 58 SUR	Bogotá	Bogotá D.C.	Colombia	7217206

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
lepamos16@gmail.com		PROPIA X	FAMILIAR	ARRENDADA

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Boja	Diaz	Olga	Lucia

TIPO DE IDENTIFICACION					NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C	X	C.E		R.C		NUIP		1077425114	Quibdo - choco	2004-09-30
PASAPORTE		OTRO		CUAL		ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI	X	NO		NACIONALIDAD.	Colombiana

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						CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI		IVA	SI	NO X	3900	
		NO	X	ICA	SI X	NO	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:

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

Scanned by CamScanner

Secretaría Distrital 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: E1-CA-FT-011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred integrada de servicios de salud Centro Oriente ESE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☒	OTRO ☐	# NIT	
				900050051 - 7	

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ BANCARIA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☒ CUAL

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DG 34 5 43	3444484	Bogota	Bogota D C	Colombia
CARGO ACTUAL	Ingeniero Ambiental		**FECHA VINCULACION**	2014-04-07

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 1.800.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 70.000.000
HONORARIOS	$ 3.000.000	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 600.000	PROPIEDADES	$ 58.000.000	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 200.000	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 3.000.000	TOTAL EGRESOS	$ 2.600.000	TOTAL ACTIVOS	$ 58.000.000	TOTAL PASIVOS	$ 70.000.000

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 Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Cordoba	Palacios	Wisner	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
KR 7 D ESTE 90A 70 SUR	Bogota- Bogota D.C. - Colombia	Amigo	7648675

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Cuenta de ahorro	210013085I	Ciudad Jardin	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DE TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS EXTRANJERA ☐ 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):

Ingeniero Ambiental

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 admitire 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 efectuare 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 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 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

Scanned by CamScanner

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 publico 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 Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, 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 Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la proteccion de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposicion no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevencion, deteccion, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorizacion de su titular, la cual proviene de la Ley
3. Que los datos personales adicionales para el estudio tecnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorizacion, entiendase 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 - 43, telefono 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 prestacion 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 seran tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El tramite de solicitud de vinculacion 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 ejecucion y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevencion 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 acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboracion de estudios tecnicos, estadisticas, encuestas, analisis de tendencias del mercado y, en general estudios tecnicos del sector salud. i) Envio de informacion relativa a encuestas de satisfaccion 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 tributacion en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Direccion 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 prevencion y control de Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo
2. El tratamiento podra ser realizado directamente por cada 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas 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, compañias de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento
5. DATOS SENSIBLES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definicion 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 biometricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendeneia 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 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 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 c) 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 surlatba.subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude,*(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

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 – GESTION DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO
FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: FT-CA-FT- 011
VERSION: 02
FECHA: 2017-08-22

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		2. Ciudad	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha	2. Ciudad	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la verificación:		
5. Observaciones:		
6. Firma y cédula:		

Scanned by CamScanner

NUEVA EPS S.A
Certifica

010 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del SEGUNDO COTIZANTE

CC 11645598 LEIVER MOSQUERA PALACIOS

Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A	Mas de 26	**Estado**	ACTIVO
Fecha Afiliación	05/10/2012	**Causal**	
Fecha Cancelación	00/00/0000		

La presente certificación se expide el día 22 de Enero de 2019 a solicitud del interesado.

Observaciones

NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

MARIA ANGELICA MEDINA GUEVARA
INFORMACION CALL CENTER

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LEIVER MOSQUERA PALACIOS** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **11645598,** se encuentra afiliado (a) desde **28/02/2011** 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 22 de enero de 2019.



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

11645598	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Leiver		Mosquera	Palacios

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
16-04-1978	Alto Baudó	Ke 6 Oeste 88 G 58 Sur	7217206

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Nueva EPS	ColPensiones	$ 3'000.000

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Apoyo Tecnico Profesional	

Correo Electrónico	Celular
lepamos16@gmail.com	3146688121

Leiver Mosquera P.
Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 121041625

WEB
09:16:41

Bogotá DC, 22 de enero del 2019

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) LEIVER MOSQUERA PALACIOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 11645598:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 22 de enero de 2019, a las 09:14:41, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	11645598
Código de Verificación	11645598190122091441

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2713911

Bogotá D.C., 22 de Enero de 2019 - 9:26 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., el señor(a) **LEIVER MOSQUERA PALACIOS**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **ONCE MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO** de ALTO BAUDO

11645598

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 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: 1_AW859_269
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 09:24:08 horas del 22/01/2019, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **11645598**

Apellidos y Nombres: **MOSQUERA PALACIOS LEIVER**

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.

Avenida el Dorado N° 75 - 25
Barrio Modelia. 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. 5159700 / 30555
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Scanned by CamScanner

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S A

A QUIEN INTERESE

Bogotá
COLOMBIA

2018/03/26

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LEIVER MOSQUERA PALACIOS** con **Cédula de Ciudadanía** número **11645598** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número:	**002100130851**
Fecha apertura:	**2014/04/07**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

VIGILADO

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7
AH 170-1Rev 4 - 06

Scanned by CamScanner