Escritorio → Configuraciones de Perfil

Id de página:: 14005862 Ayuda

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

Editar

Información del usuario



Género	
Cargo	
Título	
Nombre completo	
Nombre y apellido	EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS
Código del empleado	
Tipo de documento	
Número de documento	
Fecha de emisión	
Expedido por	
Fecha de expiración	
Dirección	
Código postal	
Estado	
Municipio	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	eamunoz67@hotmail.com
Teléfono	
Celular	3153503477
Número de fax	

Configuración

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

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál era la ciudad donde trabajó por primera vez?
Respuesta	bogota
Celular	3153503477

Editar

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: 14-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MUÑOZ	LUENGAS	EDGAR ARTURO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 79410496

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 79410496 D.M 55

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 7 MES MAR AÑO 1967

PAÍS: Colombia

DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 63 # 22 A 41 APTO 918

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3244411

EMAIL eamunoz67@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES NOVIEMBRE AÑO 1982

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES	TEMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
ES	3	X		ESPECIALISTA EN ADMINISTRACION DE SALUD OCUPACIONAL	9	1996	7179/18
UN	12	X		MEDICO Y CIRUJANO GENERAL	12	1992	5423/94

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA R	LO HABLA B	LO HABLA MB	LO LEE R	LO LEE B	LO LEE MB	LO ESCRIBE R	LO ESCRIBE B	LO ESCRIBE MB
Ingles		X			X		X		
Portugués		X			X		X		

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: 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: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS: 3444484	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 8 AÑO 2014	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: MEDICO DE ANTENCIoN	*DEPENDENCIA*: URGENCIAS	*DIRECCIÓN*: DIAGONAL 34 No. 5 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL VISTA HERMOSA E.S.E	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionusuario@hospitalvistahermosa.gov.co	
TELÉFONOS: 7300000	*FECHA DE INGRESO*: DIA 8 MES 7 AÑO 1998	*FECHA DE RETIRO*: DIA 27 MES 4 AÑO 2000	
CARGO O CONTRATO: MEDICO DE URGENCIAS	*DEPENDENCIA*: URGENCIAS	*DIRECCIÓN*: CALLE 67 A SUR No. 18 C 12	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL MEISSEN II NIVEL E.S.E	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionusuario@hospitalmeissen.gov.co	
TELÉFONOS: 7693131	*FECHA DE INGRESO*: DIA 14 MES 8 AÑO 1997	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 7 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO: MEDICO ATENCIoN PREHOSPITALARIA	*DEPENDENCIA*: AMBULATORIOS	*DIRECCIÓN*: CALLE 60 G SUR No. 18 BIS 09	

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: 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 HOSPITAL VISTA HERMOSA E.S.E	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* atencionusuario@hospitalvistahermosa.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	*FECHA DE INGRESO* DIA 20 MES 12 AÑO 1996	*FECHA DE RETIRO* DIA 30 MES 6 AÑO 1998	
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL	*DEPENDENCIA* CONSULTA EXTERNA	*DIRECCIÓN* CARRERA 67 A 18 C 12 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	21	11
PRIVADO	18	9
PARTICULAR	1	2
TOTAL	21	11

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. Dic 15/18

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: 14-dic-2018

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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: 15-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ C.E. ○ T.I. ○ **No.** 79410496 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CARRERA 63 # 22 A 41 APTO 918 **Teléfonos** 3153503477 3244411

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CELSA VICTORIA LUENGAS DE MUÑOZ	20336192	MADRE
DERLY CONSTANZA MUÑOZ LUENGAS	51999904	HERMANO(A)
EMILIO ESTEBAN MUÑOZ MOSOS	1019907338	HIJO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 119.133.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 5.235.552,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 124.368.552,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	005300114930	PLAZA DE LAS	$ 800.000,00
ITAU	AHORROS	008136636	CHICO	$ 500.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	CR 63 # 22 a 41 APTO 918	$ 478.000.000,00
APARTAMENTO	KR 47 # 22a 63 APTO 301	$ 155.000.000,00
OTRO	SUITE 301 VILLA VALERIA	$ 134.115.765,00
VEHICULO	KIA HKU 562	$ 39.000.000,00

Scanned by CamScanner

VEHICULO	KIA DDY 627	$ 18.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
DAVIVIENDA	TARJETA DE CREDITO	$ 2.000.000,00
BANCOLOMBIA	TARJETA DE CREDITO	$ 16.000.000,00

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
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
XIMENA MOSOS POSADA	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	52007947

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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 15-dic-2018
CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

ESCUELA DE MEDICINA JUAN N. CORPAS

En nombre de la República de Colombia
y por autorización del Ministerio de Educación Nacional

La Escuela de Medicina Juan N. Corpas

teniendo en cuenta que

Edgar Arturo Muñoz Lizarazo

C.C. Nº 79410496 de Bogotá

culminó satisfactoriamente los programas académicos de la Escuela, correspondientes a los años de estudios básicos y tres años de entrenamiento médico quirúrgico y aprobó los exámenes de revisión de ciencias básicas

le confiere el título de

Médica y Cirujana General

y le otorga el presente Diploma que lo acredita como tal, refrendándolo con las firmas y sellos de estilo.

Bogotá 12 de Diciembre de 1992

Nº 1780

EL RECTOR

EL DECANO

EL SECRETARIO GENERAL

EL DECANO ASOCIADO

El Notario Treinta y Ocho de Bogotá D.C. da fe que esta reproducción fotostática concuerda con el documento que tuvo a la vista

05 OCT. 1998

VICTOR MANUEL LOPEZ R.
NOTARIO 38

D - VIII-94
005123

Como Notario Treinta y Ocho del circulo de Bogotá, hago constar que esta copia coincide con el original que he tenido a la vista

22 MAR 1996

LIBARDO MARTINEZ CORTES
NOTARIO

Fundación Escuela de Medicina Juan N. Corpas

Secretaría General

ACTA DE GRADO No. 156

En la Ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., Municipio anexado de Suba, el día 12 del mes de Diciembre de 1.9 92, se llevó a cabo el acto de graduación presidido por los Honorables Miembros del Consejo Decanaticio Señores Doctores JORGE PIÑEROS CORPAS Rector, ALVARO VARGAS PULIDO Decano, MAX LLORENTE CUEVAS Vice-decano, ARCESIO PERDOMO NAVARRO Decano de Estudiantes, FERNANDO NOGUERA ARRIETA Secretario General y LUIS ARTURO LOPEZ ENCISO Secretario General Asociado .----------

en el cual la Escuela de Medicina Juan N. Corpas, autorizada para tal efecto según Resolución No. 3268 del día 23 del mes de Diciembre/1.988, emanada del ICFES, y previo el juramento reglamentario, confirió el título de:

MEDICO Y CIRUJANO GENERAL

a EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS

identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 79'410.496 de Bogotá, quien cumplió con los requisitos académicos, disciplinarios y de cumplimiento exigidos por la misma, con las exigencias establecidas en los Reglamentos de la Escuela y con la normas legales; y le otorgó el Diploma No. 1.780 que lo (la) acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado, en la Ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., a los Doce (12) días del mes de Diciembre. de 1.9 92.

Es fiel copia tomada del original que reposa en la Notaría Novena de Santafé de Bogotá

República de Colombia Carlos Albán Holguín Notario Noveno D.C. Santafé de Bogotá

Dr. FERNANDO NOGUERA ARRIETA
Secretario General

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

Fundación Universitaña Juan N. Corpas

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Edgar Arturo Muñoz Luengas 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:

Medico Cirujano.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 79410496

Tarjeta profesional No: 5423/94

Dirección de contacto: Cra 63 N° 22A-41 Apto 918

Teléfono: 3153503477

Scanned by CamScanner

HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL EMPRESA SOCIA
Calle 64 C Sur No. 27-32 Teléfono: 7 152403 /7 180488 1
Santa Fe de Bogotá

El Suscrito Jefe de Oficina de Gestión Humana del Hospital Vista Hermosa I Nivel Empresa Social del Estado

C E R T I F I C A:

Que el Doctor EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79.410.496 expedida en Bogotá, laboró en esta entidad desde el día 8 de Julio de 1998, desempeñando el cargo de Médico General (4 horas), para el cual fue nombrado según Resolución No. 114 de Julio 6 de 1998.

El día 27 de Abril de 2000, por voluntad propia presenta renuncia al mismo, la cual es aceptada según Resolución No. 094 de Abril 28 de 2000.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los doce días del mes de Mayo de 2000.

OSCAR ARTURO ESCOBAR TORRES
Jefe Oficina Gestión Humana

cc: Hoja de Vida
Consecutivo

Scanned by CamScanner

LA SUSCRITA SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA
DEL HOSPITAL MEISSEN II NIVEL E.S.E.

CERTIFICA QUE

Revisados los archivos de la Institución, él(a) señor(a) **EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No.79.410.496 expedida en Bogotá, suscribió contrato de prestación de servicios personales de carácter independiente el cual están incluidas actas de prorroga y adición las cuales hacen parte integral de este contrato, prestando servicios profesionales independientes en actividades asistenciales en el área **MEDICA DE APH**, con los siguientes términos de ejecución:

EJECUCION

- Del 03 de Febrero de 2000 al 29 de Febrero de 2000
- Del 01 de Marzo de 2000 al 31 de Marzo de 2000
- Del 01 de Abril de 2000 al 01 de Mayo de 2000
- Del 02 de Mayo de 2000 al 31 de Mayo de 2000
- Del 01 de Junio de 2000 al 30 de Junio de 2000
- Del 01 de Julio de 2000 al 31 de Agosto de 2000
- Del 01 de Septiembre de 2000 al 30 de Septiembre de 2000
- Del 01 de Octubre de 2000 al 31 de Octubre de 2000
- Del 01 de Noviembre de 2000 al 20 de Noviembre de 2000
- Del 21 de Noviembre de 2000 al 31 de Diciembre de 2000
- Del 02 de Enero de 2001 al 31 de Enero de 2001
- Del 01 de Febrero de 2001 al 30 de Abril de 2001
- Del 01 de Mayo de 2001 al 30 de Junio de 2001
- Del 01 de Julio de 2001 al 31 de Agosto de 2001
- Del 01 de Septiembre de 2001 al 30 de Septiembre de 2001
- Del 01 de Octubre de 2001 al 31 de Octubre de 2001
- Del 01 de Noviembre de 2001 al 15 de Diciembre de 2001
- Del 16 de Diciembre de 2001 al 02 de Enero de 2002
- Del 03 de Enero de 2002 al 28 de Febrero de 2002
- Del 01 de Marzo de 2002 al 30 de Abril de 2002
- Del 01 de Mayo de 2002 al 31 de Agosto de 2002
- Del 01 de Septiembre de 2002 al 07 de Octubre de 2002
- Del 08 de Octubre de 2002 al 01 de Enero de 2003
- Del 03 de Enero de 2003 al 31 de Marzo de 2003
- Del 01 de Abril de 2003 al 30 de Junio de 2003
- Del 01 de Julio de 2003 al 09 de Octubre de 2003
- Del 10 de Octubre de 2003 al 31 de Diciembre de 2003
- Del 02 de Enero de 2004 al 31 de Marzo de 2004
- Del 01 de Abril de 2004 al 30 de Junio de 2004
- Del 01 de Julio de 2004 al 15 de Octubre de 2004
- Del 16 de Octubre de 2004 al 31 de Diciembre de 2004
- Del 03 de Enero de 2005 al 30 de Marzo de 2005

COD: 146

Scanned by CamScanner

HOSPITAL MEISSEN
II NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

LA SUSCRITA SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA
CERTIFICA QUE:

Revisados los archivos de la Institución, la señor(a) EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 79.410.496 de Bogotá, suscribió contrato de prestación de servicios personales de carácter privado, en el cargo de MEDICO APH para transporte de pacientes Adultos, pediátricos y recién nacidos, con los siguientes términos de ejecución:

EJECUCION	VALOR
Del 14 de agosto al 06 de octubre de 1997	$3.600.000
Del 14 al 28 de octubre de 1997	$1.260.000
Del 25 de noviembre al 27 de diciembre de 1997	$1.920.000
Del 02 al 31 de enero de 1998	$2.250.000
Del 02 de febrero al 02 de junio de 1998	$9.000.000
Del 03 al 16 de junio de 1998	$1.125.000
Del 17 de junio al 02 de agosto de 1998	$3.375.000
Del 03 de agosto al 02 de septiembre de 1998	$2.250.000
Del 03 de septiembre al 15 de octubre de 1998	$3.225.000
Del 16 de octubre al 12 de noviembre de 1998	$2.100.000
Del 13 al 24 de noviembre de 1998	$900.000
Del 26 de noviembre al 14 de diciembre de 1998	$1.425.000
Del 24 de diciembre de 1998 al 01 de enero de 1999	$1.125.000
Del 04 de Enero al 15 de Febrero de 1999	$4.215.000
Del 16 de Febrero al 30 de Marzo de 1999	$3.741.000
Del 31 de Marzo al 14 de Mayo de 1999	$3.915.000
Del 15 de Mayo al 30 de Junio de 1999	$4.089.000
Del 01 de Julio al 31 de Agosto de 1999	$5.220.000
Del 01 al 30 de Septiembre de 1999	$2.610.000
Del 01 al 31 de Octubre de 1999	$2.610.000
Del 01 al 30 de Noviembre de 1999	$2.610.000
Del 01 de Diciembre de 1999 al 02 de enero de 2000	$2.697.000
Del 03 de Enero al 02 de Febrero de 2000	$2.610.000
Del 03 al 29 de Febrero de 2000	$2.610.000
Del 01 al 31 de Marzo de 2000	$2.610.000
Del 01 de Abril al 01 de Mayo de 2000	$2.610.000
Del 02 al 31 de Mayo de 2000	$2.610.000
Del 1 al 30 de Junio de 2000	$2.610.000
Del 1 de Julio al 31 de Agosto de 2000	$5.220.000
Del 01 al 30 de Septiembre de 2000	$2.610.000
Del 01 al 31 de Octubre de 2000	$2.610.000
Del 01 al 20 de Noviembre de 2000	$1.740.000
Del 21 de Noviembre al 31 de Diciembre de 2000	$1.480.000
Del 02 al 31 de Enero de 2001	$2.610.000
Del 01 de Febrero al 30 de Abril de 2001	$7.830.000
Del 01 de Mayo al 30 de Junio de 2001	$5.220.000
Del 1 de Julio al 31 de Agosto de 2001	$5.220.000
Del 1 al 30 de septiembre de 2001	$2.610.000
Del 01 al 31 de octubre de 2001	$2.610.000
Del 01 de noviembre al 15 de diciembre de 2001	$2.610.000
Del 16 de Diciembre de 2001 al 02 de enero de 2002	$2.001.000
Del 03 de enero al 28 de febrero de 2002	$5.742.000
Del 01 de marzo al 30 de abril de 2002	$5.220.000
Del 01 de mayo al 31 de agosto de 2002	$10.440.000
Del 01 de septiembre al 07 de octubre de 2002	$2.610.000
Del 08 de octubre al 01 de enero de 2003	$4.437.000
Del 02 de enero al 31 de marzo de 2003	$9.918.000

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C., a los treinta y un (31) días del mes de enero del año dos mil tres (2003)

Atentamente,

MARLENE SIERRA PEREZ
Subdirectora Administrativa

COD 146
C.C Archivo
Planilla D.

Scanned by CamScanner

HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
JUNTA DIRECTIVA

LA JEFE DE LA OFICINA JURIDICA DEL HOSPITAL VISTA HERMOSA I NIVEL EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

CERTIFICA

Que revisados los archivos de la Oficina Jurídica, se encontró que EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS, identificada con la cédula de ciudadanía No. 79.410.496 de Bogotá, prestó sus servicios como Médico Cirujano en el Hospital Vista Hermosa I Nivel Empresa Social del Estado mediante contratos de compraventa de servicios desde el 20 de Diciembre de 1996 hasta el 30 de Junio de 1998.

La presente certificación se expide en Santa Fe de Bogotá, D.C., a los diez y ocho (18) días del mes de mayo del dos mil (2000).

ELVIRA RUIZ GARCIA

Scanned by CamScanner

LA SUSCRITA SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA
DEL HOSPITAL MEISSEN II NIVEL E.S.E.

- Del 01 de Abril de 2005 al 30 de Junio de 2005
- Del 01 de Julio de 2005 al 02 de Enero de 2006
- Del 03 de Enero de 2006 al 31 de Julio de 2006
- Del 01 de Agosto de 2006 al 01 de Enero de 2007
- Del 02 de Enero de 2007 al 30 de Marzo de 2007
- Del 01 de Abril de 2007 al 30 de Junio de 2007
- Del 01 de Julio de 2007 al 02 de Enero de 2008
- Del 03 de Enero de 2008 al 31 de Marzo de 2008
- Del 01 de Abril de 2008 al 30 de Junio de 2008
- Del 01 de Julio de 2008 al 01 de Enero de 2009
- Del 02 de Enero de 2009 al 31 de Marzo de 2009
- Del 01 de Abril de 2009 al 03 de Enero de 2010
- Del 04 de Enero de 2010 al 31 de Octubre de 2010
- Del 17 de Febrero de 2011 al 31 de Marzo de 2011
- Del 01 de Abril de 2011 al 30 de Junio de 2011
- Del 01 de Junio de 2012 al 08 de Agosto de 2012
- Del 13 de Agosto de 2012 al 31 de Octubre de 2012
- Del 01 de Noviembre de 2012 al 31 de Diciembre de 2012
- Del 02 de Enero de 2013 al 31 de Enero de 2013
- Del 01 de Febrero de 2013 al 30 de Abril de 2013
- Del 01 de Mayo de 2013 al 01 de Julio de 2013
- Del 02 de Julio de 2013 al 29 de Julio de 2013
- Del 30 de Julio de 2013 al 03 de Enero de 2014
- Del 04 de Enero de 2014 al 31 de Enero de 2014
- Del 01 de Febrero de 2014 al 30 de Abril de 2014
- Del 02 de Mayo de 2014 al 31 de Julio de 2014

El valor pactado en el contrato comprendido a partir del 02 de Mayo de 2014 al 31 de Julio de 2014 es por **TRECE MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS** M/CTE **($13.941.888).**

Para confirmar los datos o solicitar más información adicional comunicarse al área de contratación, línea telefónica 5694040 o 7650071.

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C. a los Nueve (11) días del mes de Agosto de 2014.

BETSY MABEL PINZON HERNANDEZ
Subdirectora Administrativa
Hospital Meissen II nivel ESE

COD: 146

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
79.410.496
NUMERO

MUÑOZ LUENGAS
APELLIDOS

EDGAR ARTURO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-MAR-1967
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.84	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-MAY-1985 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1500112-47153481-M-0079410496-20061031 04602 06300A 02 226646044

Scanned by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14285340339

(415)7707212489984(8020) 000001428534033 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 4 1 0 4 9 6	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	7 9 4 1 0 4 9 6	1 9 8 5 0 5 1 5

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MUÑOZ	LUENGAS	EDGAR	ARTURO

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 63 22 A 41 AP 918 CON ALMENARES PARQUE RESIDENCIAL

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
eamunoz67@hotmail.com		3 2 4 4 4 1 1	3 1 5 3 5 0 3 4 7 7

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
7 4 9 0	2 0 0 8 1 1 0 5	8 6 2 1	1 9 9 5 0 1 0 2	0 0 1 0		2 2 2 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
	5	1	2																							

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 4 0 3 1 3

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: GARCIA VARELA RUTH NANCY
985. Cargo: Analista II

Fecha generación documento PDF: 09-08-2018 11:47:49AM

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: 01-08-2014
Hora: 1:38:02 PM

CONTRIBUYENTE NIT 79410496-6 EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS

Información

Dirección KR 63 22 A 41 AP 918

Telófonos 3244411-3153503477

Dirección electrónica eamunoz67@hotmail.com

Fax

Información de

Fecha Inscripción 05/11/2008

Soporte Inscripción 11124637

Fecha Inicio Actividades 05/11/2008

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

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

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ HUMANA

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

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO
X12794

Nombres y Apellidos
EDGAR ARTURO MUNOZ CUCHE
C 79410496 de BOGOTA
Universidad Ciudad
E.N. JUAN N. CORPAS STAFE BTA
Folio 07451 Fecha de Expedición 12/02/94



FIRMA MINISTRO DE SALUD

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD AL DECRETO No 1465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1992.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD.

Scanned by CamScanner

MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCION No. 005423

EL DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

n Ejercicio de la delegacion conferida por resolucion No 9539 de octubre 17 de 1991 segun Facultad otorgada or el Decreto 3136 de 1968, y

C O N S I D E R A N D O :

ue EDGAR ARTURO MUNOZ LUENGAS con C.C. No 79.419.496

e BOGOTA ha solicitado el registro de su T I T U L O

e MEDICO Y CIRUJANO GENERAL

e le otorgo LA ESCUELA DE MEDICINA JUAN N. CORPAS
EL 12 DE DICIEMBRE DE 1992

e dicho TITULO se encuentra debidamente refrendado en la Secretaria de Educacion de
SANTAFE DE BOGOTA D.C.

l Folio 31-M del libro 94 de ABRIL 12 DE 1994

UE CUMPLIO CON EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN EL SANA
ORIO DE AGUA DE DIOS.

R E S U E L V E :

RTICULO PRIMERO.- Autoriza a EDGAR ARTURO MUNOZ LUENGAS

ra ejercer la profesion de MEDICO Y CIRUJANO GENERAL
el territorio nacional

COMUNIQUESE PUBLIQUESE Y CUMPLASE - 9 AGO. 1994

ACICLA ANAYA DE OCHOA
DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

GLADYS LEONOR LEAL BERNAL
SECRETARIA AD HOC.

REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD Direccion Recursos Humanos

Scanned by CamScanner

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

79410496

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-14→10:04:11 AM -2018-12-14→10:10:06 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	79410496	EDGAR	ARTURO	MU+æOZ	LUENGAS	Ver

Información Detallada [CC: 79410496] EDGAR ARTURO MU+æOZ LUENGAS

2018-12-14→10:10:06 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Titulo*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	MEDICINA	1994/2/12	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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).

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C-014827

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Etica Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Etica Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 79.410.496 de BOGOTA T.P. o R.M. No. 5423/94 expedida por MINISTERIO DE SALUD, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los Trece (13) días del mes de Diciembre de dos mil dieciocho (2018) a solicitud del(a) interesado(a).

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICIÓN DE MÉDICO"

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA PRESIDENTE

GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ
Presidente

Calle 147 No 19-50 Oficina 32 Centro comercial Futuro Tels 6279983 y 6279975 Fax 6279587 Bogota D.C.
Email trnetmed@autlook.com - www.tribunalnacionaldeeticamedica.com

Scanned by CamScanner

RESULTADOS DE EXÁMENES

SIPLAS
MIEMBRO DEL GRUPO **SYNLAB**

Fecha de Impresion: 2019-01-25 8:56:35 Fecha de Ingreso: 2016-12-26 Orden de Servicio: 00969047 Pagina: 1

Paciente:	EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS	**Documento:**	CC 79410496	**Edad:**	49 Años M
Direccion:	CRA 63 # 22A - 41 APTO 918	**Telefonos:**	3244411/3153503477	**Historia:**	
Medico:	SALUD SALUD OCUPACIONAL	**Telefonos:**	5938393		
Direccion:	CALLE 94 # 15 - 45				
Empresa:	EXAMENES DE CORTESIA 100% PERIODICOS SIPLAS	**Telefonos:**			

REPORTE DE EXAMENES

Fecha:2016-12-26
Hora de Toma: 14:02:35

Firma responsable:
ADRIANA MARIA MORENO PINILLA
Reg. 52181084

Hepatitis B, ANTICUERPOS [ANTI-HBs]

Tecnica:	Electroquimioluminiscencia
Resultado:	155,7 UI/L.
Interpretacion:	REACTIVO

NOTA: Este resultado demuestra la presencia de anticuerpos (Defensas)adquiridos por inmunización contra el antígeno de superficie de la hepatitis B.
NO REACTIVO: Menor de 10 UI/L REACTIVO: Mayor o igual 10 UI/L

EL CMD SIPLAS esta comprometido con el medio ambiente

MARIA DEL PILAR SUAREZ RAMOS
Registro Medico: 20499876

Scanned by CamScanner

HEPATITIS B		
Dosis	Fecha	Firma
D - 1		
D - 2		
D - 3		
REFUERZO	16-08-2002	

OTRAS			
Vacuna	Fecha	Dosis	Firma
DPT	01-01-12	1	Alcaldía
Unica	dosis		

Varicela	Mayo 29/13		
DPT	16 08 2004		
Agripal	Jun 10/15	SIPLAS S.A. VACUNACION	

Certificado de Vacunación

Institución: SIPLAS

Nombre: Edgar Muñoz

Identificación: 79410496 Tel:

Influenza		23 AGO	2012	

OBSERVACIONES

SIPLAS

CERTIFICADO DE VACUNAS

NOMBRE: Edgar Muñoz

EDAD: 79410496

TRABAJAMOS CON EXCELENCIA
POR EL TRABAJADOR Y PARA LA EMPRESA

CALLE 94 No. 15 - 45
TEL.: 257 3566
PBX: 530 4949

Scanned by CamScanner

RESULTADOS DE EXÁMENES

SIPLAS
MIEMBRO DEL GRUPO **SYN**LAB

Fecha de Impresion: 2018-12-14 12:15:19 Fecha de Ingreso: 2016-12-26 Orden de Servicio: 00969047 Pagina: 1

Paciente:	EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS	**Documento:**	CC 79410496	**Edad:**	49 Años M
Direccion:	CRA 63 # 22A - 41 APTO 918	**Telefonos:**	3244411/3153503477	**Historia:**	
Medico:	SALUD SALUD OCUPACIONAL	**Telefonos:**	5938393		
Direccion:	CALLE 94 # 15 - 45				
Empresa:	EXAMENES DE CORTESIA 100% PERIODICOS SIPLAS	**Telefonos:**			

REPORTE DE EXAMENES

Fecha:2016-12-26
Hora de Toma: 14:02:35

Firma responsable:
ADRIANA MARIA MORENO PINILLA
Reg. 52181084

Hepatitis B, ANTICUERPOS [ANTI-HBs]

Tecnica:	Electroquimioluminiscencia
Resultado:	155,7 UI/L.
Interpretacion:	REACTIVO

NOTA: Este resultado demuestra la presencia de anticuerpos (Defensas)adquiridos por inmunización contra el antígeno de superficie de la hepatitis B.
NO REACTIVO: Menor de 10 UI/L REACTIVO: Mayor o igual 10 UI/L

EL CMD SIPLAS esta comprometido con el medio ambiente

MARIA DEL PILAR SUAREZ RAMOS
Registro Medico: 20499876

Scanned by CamScanner

Nombre: EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS
Empresa: PARTICULAR
Cargo: MEDICO APH
Edad: 50

Fecha: 30/11/2017
Documento : 79.410.496
Ciudad: BOGOTA

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD

1. Recomendaciones Generales Ninguna: ☐

- ☐ 1.1 Remisión a EPS
- ☐ 1.2 Continuar manejo médico
- ☐ 1.3 Completar esquema vacunacion
- ☒ 1.4 Inicio o continuar actividad fisica
- ☐ 1.5 Suspender tabaquismo
- ☐ 1.6 Reducir consumo de alcohol
- ☐ 1.7 Control de peso y nutricion
- ☐ 1.8 Otras

2. Recomendaciones Ocupacionales Ninguna: ☐

- ☐ 2.1 Calificación de origen
- ☐ 2.2 Recomendaciones para el manejo de cargas
- ☐ 2.3 Seguimiento por ARL
- ☐ 2.4 Ingreso P.V.E.
- ☒ 2.5 Uso de EPP
- ☒ 2.6 Pautas ergonómicas
- ☒ 2.7 Pausas activas
- ☐ 2.8 Uso de corrección visual
- ☒ 2.9 Uso diario de bloqueador solar
- ☐ 2.10 Otras

3. Restricciones Ninguna: ☐

- ☐ 3.1 Trabajo en alturas (> 1.5 mts)
- ☐ 3.2 Trabajo en altitudes > 2.500 mts
- ☐ 3.3 Viajes
- ☐ 3.4 Trabajos en ambientes hiperbáricos
- ☐ 3.5 Trabajos en temperaturas bajas
- ☐ 3.6 Trabajo en temperaturas altas
- ☐ 3.7 Trabajos con riesgo eléctrico
- ☐ 3.8 Trabajo en espacios confinados
- ☐ 3.9 Para conducción de vehículos
- ☐ 3.10 Cargas.
- ☐ 3.11 Manipulación de alimentos.
- ☐ 3.12 Otros.

CONCEPTO MÉDICO Ingreso ☒

- ☒ Apto para el cargo
- ☐ Apto con restricciones temporales (Ver restricciones)
- ☐ Apto con restricciones permanentes (Ver restricciones)
- ☐ Aplazado
- ☐ Apto para manipulación de alimentos.
- ☐ Calificación A, B, C, D
- ☐ Apto trabajo en alturas
- ☐ Apto para trabajo de alto riesgo (Eléctrico, temperaturas extremas, espacios confinados)
- ☐ Apto para conducción de vehículos.

Concepto MÉDICO Retiro ☐ Periodico ☐ Post Incapacidad ☐

- ☐ Satisfactorio.
- ☐ Sin restricción para continuar su labor actual
- ☐ Aplazado
- ☐ Apto para trabajo en alturas
- ☐ Apto para conduccion de vehiculos
- ☐ Apto para trabajo de alto riesgo (Eléctricos, temperaturas extremas, espacios confinados)
- ☐ Apto para manipulación de alimentos
- ☐ Presenta restricciones temporales (Ver restricciones)
- ☐ Presenta restricciones permanentes (Ver restricciones)
- ☐ Enfermedades de origen común
- ☐ Sin Diagnóstico de enfermedad laboral
- ☐ Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS/ARL
- ☐ Secuela de accidente de trabajo (AT) / Enfermedad laboral.

Observaciones:

CONTROLS MEDICOS PERIODICOS, DIETA BALANCEADA, ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

EXAMENES REALIZADOS

- ☑ Examen Físico con énfasis Osteomuscular
- ☐ Audiometría
- ☐ Optometría
- ☐ Espirometria
- ☐ Electrocardiograma
- ☐ Rx Tórax
- ☐ Rx Columna L-S
- ☐ Cuadro Hemático
- ☐ Glicemia
- ☐ Perfil Lipídico
- ☐ Parcial de Orina
- ☐ Perfil Hepático
- ☐ Perfil renal
- ☐ FSP
- ☐ Hemoclasificación
- ☐ Espermograma
- ☐ TSH
- ☐ Serología
- ☐ A. Úrico
- ☐ Tamizaje Drogas
- ☐ Alcohol
- ☐ Colinesterasa
- ☐ Cultivo Faringeo
- ☐ KOH
- ☐ Coprológico
- ☐ M Interna y/o cardiología
- ☐ Evaluacion Neuropsicológica
- ☐ Otros

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada el dia de hoy y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante. El paciente firmó la historia clinica como constancia de haber comprendido las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre su estado de salud y de recibir la información que puede obtener la copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Médico: *MIGUEL ERNESTO LEYVA ZUÑIGA*

Registro Medico: 7984179
L.S.O. 4486-11
E.S.O.

Dr. Miguel E. Leyva Z.
Médico Especialista Salud Ocupacional
R.M. 79842179
Lic. 4486-11

Scanned by CamScanner

Certificación

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

CERTIFICA A

EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS

C.C. 79410496

Como asistente a la capacitación en

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Con una intensidad horaria de: 30 horas

El presente se expide a los **Cuatro (4) días del mes de diciembre de 2018**

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

Mónica Adriana Pérez Sandia
Director Operativo – Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

www.grupocolombianodeemergencias.com

Nit. 900386743-5

CERTIFICA QUE:

EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS

C.C. 79.410.496

ASISTIO AL CURSO TALLER:

"SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA-ACLS"

"MANEJO DEFINITIVO DEL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA (CUNDINAMARCA), EL DÍA 18 DE JUNIO DE 2017
DURACIÓN 48 HORAS
DESARROLLADO CON LAS GUÍAS 2015-2020 DE LOS COMITÉS NACIONALES E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.
TEMARIO: REANIMACION CARDIOPULMONAR Y VIA AREA AVANZADA, ECV, SCA, RITMOS DE PARO, MANEJO DEL DESFIBRILADOR, CODIGO AZUL TALLER DE HABILIDADES Y SOFTWARE.

Resolución 2003/2014. **LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.**

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
NEUROCIRUJANO RM No. 20511/05
DIRECTOR CIENTIFICO.
ENTRENADOR BLS-ACLS AHA.

FECHA DE RENOVACION ACLS –SVA JUNIO 2019.

KAREN LOBO NARVAEZ
COORDINADORA OPERATIVA NACIONAL COLOMBIA

DRA. ANA CATALINA HERRERA D.
COORDINADOR MEDICO NACIONAL
R3 MEDICINA INTERNA
RM No. 1020721546
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE

grupocolombianodeemergencias@gmail.com Grupo Colombiano de Emergencias @Grupocolombiano

¡Lo Bueno del Grupo es Estar en El...!
LINEA GRATIS NACIONAL 018000942270
LINEA NACIONAL 3107451759

Scanned by CamScanner

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

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

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

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

FECHA:	2019-12-25	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
MUÑOZ	LUENGAS	EDGAR	ARTURO		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	79410496	BOGOTA	1985-05-15
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒	☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1967-03-07	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
☐	☒	☐	☐	☐	2	1	3153503477

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CRA 63 # 22 A 41APT 918	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	3244411

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
eamunoz67@hotmail.com		PROPIA ☒	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNPO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MOSOS	POSADA	XIMENA	

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52007947	BOGOTA	1989-06-20	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X NO ☐		NACIONALIDAD:	COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS C.I.I.U ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☒	IVA	SI ☐	NO ☒	7490	8621
		NO ☐	ICA	SI ☒	NO ☐	PRINCIPAL: ☐	SECUNDARIA: ☐

Scanned by CamScanner

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

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

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

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA					# NIT
GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☒	SALUD ☐		900.959.051-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DG 34 # 5- 43	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIANA

CARGO ACTUAL	MEDICO	FECHA VINCULACION	2014-08-02

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	$ 4.600.000	GASTOS FAMILIARES	$ 3.000.000	AHORROS	$ 2.000.000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$ 5.500.000	ARRIENDOS		INVERSIONES	$ 80.000.000	TARJETAS DE CREDITO	$ 18.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	$ 40.000.000	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	$ 220.000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 4.000.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	$ 5.000.000
TOTAL INGRESOS	**$ 10.100.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 7.000.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 342.000.000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 23.000.000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
	EDUCACION HIJO.		CREDITO EXPRESS DAVIVIENDA

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
LEYVA	ZUÑIGA	MIGUEL	ERNESTO
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CALLE 55 # 30 -09	BOGOTA-CUNDINAMARCA- COLOMBIA	AMIGO	3174770750

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA AHORROS	5300114930	PLAZA DE LAS AMERICAS	3383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO X

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ 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, pr

SALARIOS Y HONORARIOS PROVENIENTES DEL EJERCICIO DE MI PROFECION COMO MEDICO

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 público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) 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 Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En

Scanned by CamScanner

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude, ***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Scanned by CamScanner

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79410496
NOMBRES Y APELLIDOS	Muñoz Luengas,Edgar Arturo
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente, Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	11/07/1997
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Muñoz Luengas,Edgar Arturo, a los 14 días del mes de diciembre del año 2018.

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

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

Scanned by CamScanner

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **79410496,** se encuentra afiliado (a) desde **16/07/1997** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Vinculación Inicial	23	COLPENSIONES	09/05/1995	No Multivinculado
Traslado Aprobado de COLPENSIONES o a un Fondo de Pensión	2	PROTECCION S.A.	01/07/2002	No Multivinculado
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/09/2011	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 14 de diciembre de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

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
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

79410496	Axa Colpatria
Numero de Documento	ARL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Edgar	Arturo	Muñoz	Luengas

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
07/03/1967	Bogotá	cra 63 N° 22A-41	3244411

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Sanitas	Colpensiones	$ 33.000 /hora

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Medico Ambulancia	

Correo Electrónico	Celular
ramunoz67@hotmail.com	3153503477

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 52°023.897

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. 119202693

WEB
07:00:12

Bogotá DC, 14 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) EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79410496:

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.

Scanned by CamScanner

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 viernes 14 de diciembre de 2018, a las 07:06:44, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	79410496
Código de Verificación	79410496181214070644

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

Scanned by CamScanner

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2611830

Bogotá D.C., 14 de Diciembre de 2018 - 7:03 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) **EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **SETENTA Y NUEVE MILLONES CUATROCIENTOS DIEZ MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS** de BOGOTA D.C

79410496

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:
La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figueren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez 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_KBVZW_027
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Scanned by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:10:15 horas del 14/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **79410496**

Apellidos y Nombres: **MUÑOZ LUENGAS EDGAR ARTURO**

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.

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

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

Scanned by CamScanner

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **15/12/2018**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor EDGAR ARTURO MUNOZ LUENGAS** con **Cédula de Ciudadanía** número **79410496**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550005300114930**
Fecha de apertura	**07/12/1995**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA BANCARIA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7

Scanned by CamScanner