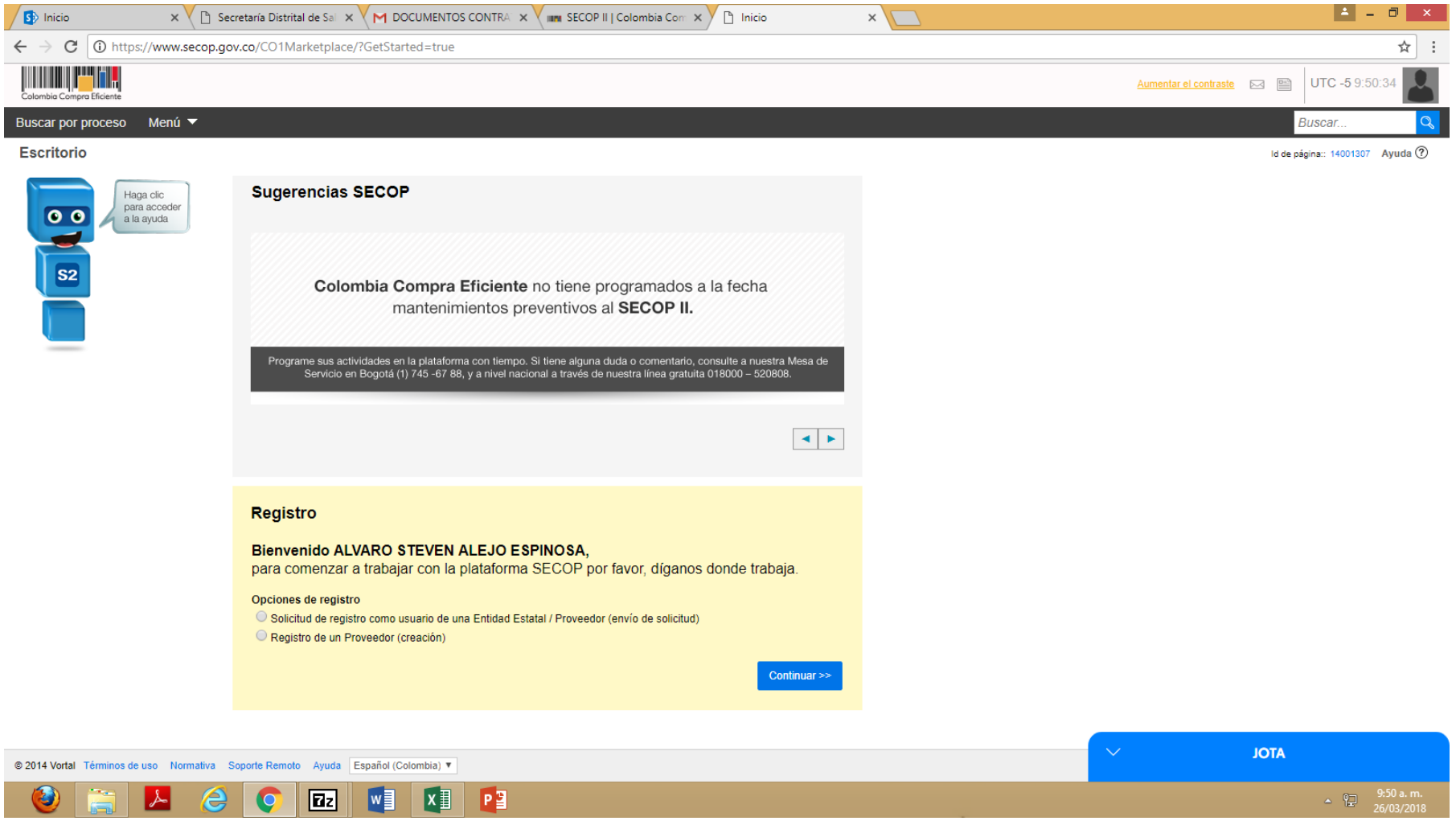

Inicio
Secretaría Distrital de Sa
DOCUMENTOS CONTRA
SECOP II | Colombia Com
Inicio
https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/?GetStarted=true
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 9:50:34
Buscar por proceso
Menú
Buscar...
Escritorio
Id de página:: 14001307
Ayuda
Haga clic para acceder a la ayuda
S2
Sugerencias SECOP
Colombia Compra Eficiente no tiene programados a la fecha mantenimientos preventivos al SECOP II.
Programe sus actividades en la plataforma con tiempo. Si tiene alguna duda o comentario, consulte a nuestra Mesa de Servicio en Bogotá (1) 745 -67 88, y a nivel nacional a través de nuestra línea gratuita 018000 – 520808.
Registro
Bienvenido ALVARO STEVEN ALEJO ESPINOSA,
para comenzar a trabajar con la plataforma SECOP por favor, díganos donde trabaja.
Opciones de registro
Solicitud de registro como usuario de una Entidad Estatal / Proveedor (envío de solicitud)
Registro de un Proveedor (creación)
Continuar >>
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA
9:50 a. m.
26/03/2018

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: 25-ene-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ALEJO	ESPINOSA	ALVARO STEVEN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1026263305

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 1026263305 D.M UNO

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 14 MES ABR AÑO 1988

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CL 2 B 35 19

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4766852

EMAIL aalejo.acolectiva.hco@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 ACADEMICO
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES DICIEMBRE AÑO 2005

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 EPIDEMIOLOGIA	1	2014	
UN	10	X		BACTERIOLOGO Y LABORATORISTA CLINICO	6	2011	1026263305

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			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Ingles		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: 25-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
ALCALDíA MUNICIPAL VILLA PINZON	X		Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Cundinamarca	Villapinzón	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
8565125	DIA 1 MES 9 AÑO 2016	DIA 16 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
EPIDEMIOLOGO	SALUD PuBLICA	Carrera 5No. 4 25

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.SE.	X		Colombia

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

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
3444 484	DIA 5 MES 11 AÑO 2014	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
Bacteriólogo Especializado	VIGILANCIA SALUD PUBLICA	Diagonal 34 No. 5 43

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
LABKIT		X	Colombia

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

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
4357279	DIA 18 MES 11 AÑO 2013	DIA 4 MES 11 AÑO 2014

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ASESOR CIENTíFICO Y COMERCIAL	aREA COMERCIAL Y CIENTIFICA	Tr 93 51 98

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: 25-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 SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTa HOSPITAL SAN JOSE	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3538000	*FECHA DE INGRESO* DIA 3 MES 4 AÑO 2012		*FECHA DE RETIRO* DIA 7 MES 11 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO BACTERIOLOGO	*DEPENDENCIA* BANCO DE SANGRE		*DIRECCIÓN* Calle 10 No.18 75

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	4	2
PRIVADO	2	6
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento 22/01/2019

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 25-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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 25-ene-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ALVARO STEVEN ALEJO ESPINOSA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1026263305 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CL 2 B 35 19 **Teléfonos** 3138990338 4766852

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ALVARO ALEJO RODRIGUEZ	17180423	PADRE
ANA ISABEL ESPINOSA DE ALEJO	41486361	MADRE

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 42.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 42.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BBVA	AHORROS	074120122	Las aguas	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	Mazda	$ 75.000.000,00
VEHICULO	Moto	$ 6.500.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Banco Pichincha	Crédito	$ 42.000.000,00

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: 25-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

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 25-ene-2019

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

Declaración de Renta y Complementario Personas Naturales y Asimiladas de Residentes y Sucesiones Ilíquidas de Causantes Residentes

DIAN — Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

PRIVADA

210

1. Año: 2017

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2113630141428

(415)7707212489984(8020) 000211363014142 8

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
1026263305	5	ALEJO	ESPINOSA	ALVARO	STEVEN	32

24. Actividad económica	Si es una corrección indique:	25.Cód.	26. No. Formulario anterior	27. Fracción año gravable 2018 (Marque "X")	28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque"X")
7490					

Patrimonio

Patrimonio bruto	29	84,607,000
Deudas	30	40,608,000
Total patrimonio líquido	31	43,999,000

Rentas de trabajo

Ingresos brutos por rentas de trabajo (art 103 E.T.)	32	49,233,000
Ingresos no constitutivos de renta	33	5,198,000
Renta líquida	34	44,035,000
Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables	35	11,116,000
Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables (limitadas)	36	11,116,000
Renta líquida cedular de trabajo	37	32,919,000

Renta de pensiones

Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	38	0
Ingresos no constitutivos de renta	39	0
Renta líquida	40	0
Rentas exentas de pensiones	41	0
Renta líquida cedular de pensiones	42	0

Rentas de capital

Ingresos brutos rentas de capital	43	0
Ingresos no constitutivos de renta	44	0
Costos y gastos procedentes	45	0
Renta líquida	46	0
Rentas líquidas pasivas de capital – ECE	47	0
Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas de capital	48	0
Rentas exentas de capital y deducciones imputables (limitadas)	49	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio	50	0
Pérdida líquida del ejercicio	51	0
Compensación por pérdidas de ejercicios anteriores	52	0
Renta líquida cedular de capital	53	0

Rentas no laborales

Ingresos brutos rentas no laborales	54	0
Devoluciones, rebajas y descuentos	55	0
Ingresos no constitutivos de renta	56	0
Costos y gastos procedentes	57	0
Renta líquida	58	0
Rentas pasivas no laborales – ECE	59	0
Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas no laborales	60	0
Rentas exentas no laborales y deducciones imputables (limitadas)	61	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio	62	0
Pérdida líquida del ejercicio	63	0
Compensaciones	64	0
Rentas líquidas gravables no laborales	65	0
Renta líquida cedular no laboral	66	0

Renta por dividendos y participaciones

Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	67	0
Ingresos no constitutivos de renta	68	0
Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	69	0
1a. Subcédula año 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	70	0
2a. Subcédula año 2017 y siguientes Parágrafo 2 art. 49 del E.T.	71	0
Renta líquida pasiva dividendos - ECE y/o recibidos del exterior	72	0
Rentas exentas de la casilla 72	73	0
Rentas líquidas gravables de dividendos y participaciones	74	0

Renta

Total rentas líquidas cedulares	75	32,919,000
Renta presuntiva	76	0

Ganancia Ocasional

Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior	77	0
Costos por ganancias ocasionales	78	0
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	79	0
Ganancias ocasionales gravables	80	0

Liquidación privada

Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares

De trabajo y de pensiones	81	0
De capital y no laborales	82	0
Por dividendos y participaciones año 2016 – casilla 69	83	0
Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 1a. Subcédula	84	0
Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a. Subcédula, y otros	85	0
Total Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	86	0
Impuesto sobre la renta presuntiva	87	0
Total impuesto sobre la renta líquida	88	0

Descuentos

Impuestos pagados en el exterior	89	0
Donaciones	90	0
Otros	91	0
Total descuentos tributarios	92	0

Impuesto neto de renta	93	0
Impuesto de ganancias ocasionales	94	0
Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	95	0
Total impuesto a cargo	96	0
Anticipo renta liquidado año gravable anterior	97	0
Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	98	0
Retenciones año gravable a declarar	99	0
Anticipo renta para el año gravable siguiente	100	0
Saldo a pagar por impuesto	101	0
Sanciones	102	0
Total saldo a pagar	103	0
Total saldo a favor	104	0

(415)7707212489984(8020)057842000010262633050400(3900)00000000000000(96)20181017

105. No. Identificación signatario	106. DV	107. No. Identificación dependiente	108. Parentesco

981. Cód. Representación — Firma del declarante o de quien lo representa

982. Cód. Contador — Firma contador — 984. Con salvedades

983. No. Tarjeta profesional

999. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

DECLARACIÓN SIN PAGO
51-007 11.N.
16 OCT. 2018
CAJERO 3
RECIBIDO SIN PAGO

980. Pago total $ 0

996. Espacio para el número interno dela DIAN/ Adhesivo

2018106583988 0

Scanned by CamScanner

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

La Academia Militar Mariscal Sucre

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.,
según Resolución No. 7456 del 13 de Noviembre de 1998

Confiere a:

Alvaro Steven Alejo Espinosa

T.I. No. 880414-59080 de Santafé de Bogotá, D.C.

El Título de

Bachiller Académico con Orientación Militar

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

Rector

Secretaria

Registro Interno

Acta No. 052 Folio No. 135 Libro No. 3

Este Diploma no requiere ser registrado en la Secretaría de Educación de conformidad con el Decreto No. 961 del 8 de Mayo de 1994

Dado en Bogotá, D.C., a 3 de Diciembre de 2005

Scanned by CamScanner

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

La Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca

Resolución 828 de 1996, expedida por el Ministerio de Educación Nacional

Confiere el Título de

Bacteriólogo y Laboratorista Clínico

A

Álvaro Steven Alejo Espinosa

C.C. No. 1026263305 de Bogotá D.C.

quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos y las disposiciones legales. En testimonio de ello otorga el presente Diploma, en la ciudad de Bogotá, D.C., el 24 de Junio de 2011.

Decano

Rector

Secretario General

Libro 03 *Acta* 195 *Folio* - 68 *Registro* 13839
Bogotá, D.C., 24 de Junio de 2011.

República de Colombia

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

teniendo en cuenta que:

Alvaro Steven Alejo Espinosa

C.C. No. 1.026.263.305 de Bogotá D.C.

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

Especialista en Epidemiología

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

Bogotá, D. C., 31 de enero de 2014

Rector

Secretario General

Director

Tomo 7 Folio 151 Registro 38826 Fecha : 31 de enero de 2014

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA

ACTA DE GRADO No. 195

En Bogotá, D.C., República de Colombia, el veinticuatro (24) de junio de dos mil once (2011), se reunieron en el SALÓN ROJO DEL HOTEL TEQUENDAMA: el Rector, doctor MIGUEL AUGUSTO GARCÍA BUSTAMANTE; la Decana de la Facultad de CIENCIAS DE LA SALUD, doctora ALICIA ÁLVAREZ DE WELDEFORT y la Secretaria General de la Universidad, doctora CARMEN ELIANA CARO NOCUA, con el fin de presidir la Ceremonia de Grado de:

ÁLVARO STEVEN ALEJO ESPINOSA
C.C. 1026263305 de Bogotá D.C.

Quien terminó sus estudios, cumplió los requisitos de Ley y los Reglamentos de la Universidad. En testimonio de ello la Institución le otorgó el título de **BACTERIÓLOGO Y LABORATORISTA CLÍNICO.**

Resolución 828 de marzo 13 de 1996 expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

Previo juramento se entregó el diploma al graduando.

(Fdo.) El Rector, MIGUEL AUGUSTO GARCÍA BUSTAMANTE
(Fdo.) La Decana de la Facultad, ALICIA ÁLVAREZ DE WELDEFORT
(Fdo.) La Secretaria General, CARMEN ELIANA CARO NOCUA

En constancia, firma la presente acta

LA SECRETARIA GENERAL,

CARMEN ELIANA CARO NOCUA

Registro Diploma: ***13839*** *Libro No. 3 – 24 de junio de 2011*

Magda A.

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

ACTA DE GRADO 657

En Bogotá D.C., el 31 de enero de 2014 a las 11:00 horas, convocados por Resolución Nacional 001 del 29 de los citados mes y año, se reunieron el Rector Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Edgar Orlando Cote Rojas y la Secretaria General, doctora Maria Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **ALVARO STEVEN ALEJO ESPINOSA** con cédula de ciudadanía Número 1026263305 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedor a recibir el título de **ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante acuerdo 004 del 21 de abril de 1998. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de registro de títulos Tomo 7, Folio 151, número 38826

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector Representante Legal, Carácter Nacional
EDGAR ORLANDO COTE ROJAS. Decano Facultad de Ciencias de la Salud
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General

Dada en Bogotá D.C., el 31 de enero de 2014.

MARIA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretario General

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS
PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA

ALVARO STEVEN ALEJO ESPINOSA

C.C. N°. 1.026.263.305

PARTICIPÓ EN EL DIPLOMADO:

EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA

- Versión 17 -

Realizado por la Facultad de Ciencias del 10 de abril al 26 de junio de 2012, con una intensidad de 128 horas.
En constancia se expide el presente Certificado y se refrenda con los sellos correspondientes en
Bogotá, D.C., a los 26 días del mes de junio de 2012.

INGRID SCHULER GARCÍA, Ph.D
Decana Académica

ELKIN ARANGO RAMIREZ, S.J.
Decano del Medio Universitario

MARLENE ACOSTA BÁEZ, BLC-ESO.
Directora Programa de Educación Continua

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

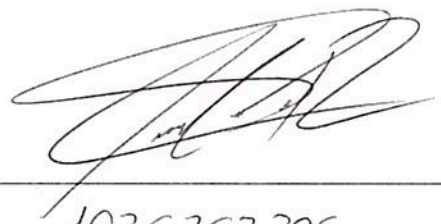
REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Alvaro steven Alejo Espinosa 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:

Bacteriologo y Laboratorista Clinico
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;



Firma _____

No. de documento: 1026263305

Tarjeta profesional No: 1026263305

Dirección de contacto: Calle 2B N°35-19

Teléfono: 3138990338

Bogotá D.C

Señores:

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

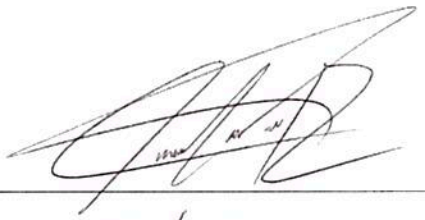
REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Alvaro steven Alejo Espinosa 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:

Epidemiologo
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 1026263305

Tarjeta profesional No: 1026263305

Dirección de contacto: Calle 23 35-19

Teléfono: 3138990338

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D C

LA JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que reposa en la oficina de contratación – OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, la señor **ALVARO STEVEN ALEJO ESPINOSA** Identificada con CC. N° , presta sus servicios en la USS Centro Oriente mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

Nº CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR/CTO
PP728/2014	2014-12-05	2015-01-31	$12.506.360
PP375/2015	2015-02-01	2016-31/07	$ 52.963.581
02-PS-1647-2016	05 /092016	EN EJECUCION	$12.800.000

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL COMPONENTE DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA, EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 833/2016, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado (a) a los nueve (09) días, del mes de Diciembre de 2016

Para mayor información favor comunicarse al 5966600 Ext. 1021 o dirigirse a la Carrera 12 d No. 26 a – 62 Sur, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

HEYDE DEL CARMEN RODRIGUEZ PEREZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.
Revisó y Aprobó: Daniela Rodriguez Goyes-Asesora oficina jurídica- Contratación OpsProyecto:
Claudia Jiménez Bautista – Técnico Oficina de Contratación Ops

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.026.263.305

ALEJO ESPINOSA

APELLIDOS

ALVARO STEVEN

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-ABR-1988**

BOGOTA D.C
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-ENE-2007 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00203570-M-1026263305-20091216 0019113279A 1 1310110031

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14398493051

(415)7707212489984(8020) 000001439849305 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1026263305	5	Impuestos de Bogotá 32	

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 13	1026263305	2007 01 17

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ALEJO	ESPINOSA	ALVARO	STEVEN

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CL 2 B 35 19

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
salejo_2814@hotmail.com		4766852	3138990338

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
7490	2016 12 15	7010	2016 12 20				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

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: 2016 12 20

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: ALEJO ESPINOSA ALVARO STEVEN

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 15-02-2016
Hora: 2:49:24 PM

CONTRIBUYENTE NIT 1026263305-5 ALVARO STEVEN ALEJO ESPINOSA

Información General

Dirección CL 2B 35 19

Teléfonos 4766852-3138990338

Dirección electrónica salejo_2814@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 29/12/2010

Soporte Inscripción 13279054

Fecha Inicio Actividades 11/11/2014

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: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16000547766

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Primera Clase

NÚMERO
1026263305

APELLIDOS Y NOMBRES
ALEJO ESPINOSA
ALVARO STEVEN

PERTENECE A LA RESERVA DE:

1ª LÍNEA	2ª LÍNEA	3ª LÍNEA
31 - DIC	31 - DIC	31 - DIC
2018	2038	2028

FECHA DE EXP.: 17 AGO 2011
ESP. MIL
PROFESIÓN
UM FUSILERO

CDTE. DE DISTRITO

Scanned by CamScanner

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. **Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:**
   - **Celebrar contratos con cualquier entidad pública.**
   - **Ingresar a la carrera administrativa.**
   - **Tomar posesión de cargos públicos.**
   - **Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.**

2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especia de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

0402902

EJ CXJ 136

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

ALVARO STEVEN
ALEJO ESPINOSA
C.C. 1026263305

BACTERIOLOGO(A) Y LABORATORISTA CLINICO

Expedicion 09/08/2012

Identificación Plastica S.A

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARIA DE SALUD

Resolución No **3879** *de* **16/04/2012**

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el Decreto 1352 de julio de 2000 del Ministerio de Salud y, Resolución No. 0833 de septiembre de 2000 expedida por el Secretario Distrital de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) ALEJO ESPINOSA ALVARO STEVEN Identificado(a) con CC número 1026263305 expedida en BOGOTA D,C ha solicitado autorización del ejercicio profesional como BACTERIOLOGO(A) Y LABORATORISTA CLINICO, según título que le otorgó la LA UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE CUNDINAMARCA el día 24/06/2011, acta de grado Nro. 195, Diploma Nro. 13839 y registrado en el libro 3 Folio 68 año 2011.

Que de conformidad con la Resolución 1058 de 2010, Resolución No 00274 de 09 de diciembre de 2011 del MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, por medio de la cual autoriza la realización del sorteo de asignación de plazas de Servicio Social Obligatorio, el cual se realizo el día 20/01/2012.

Que el(la) señor(a)ALEJO ESPINOSA ALVARO STEVEN ,no salió favorecido(a) con una plaza para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio y que de acuerdo a lo dispuesto en las normas anteriormente citadas, la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C., debe autorizarle el ejercicio profesional como BACTERIOLOGO(A) Y LABORATORISTA CLINICO.

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a ALEJO ESPINOSA ALVARO STEVEN identificado(a) con CC número 1026263305 expedida en BOGOTA D,C para ejercer la profesión de BACTERIOLOGO(A) Y LABORATORISTA CLINICO en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **16/04/2012**

Bogotá, D.C 09-08-2012
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Steven Alejo Espinosa
CC. #. 1026 263 305 13to
Firma

IVÁN JAIRT GUARIN MUÑOZ.
Director de Desarrollo de Servicios.

Aprobó : Isabel Cristina Artunduaga
Reviso : Daniel Ortiz B/Carmen Rosa Gallego
Elaboro : Victor Sánchez

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 *: 1026263305

Primer Nombre *: Alvaro

Primer Apellido *: Alejo

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	1026263305	ALVARO	STEVEN	ALEJO	ESPINOSA	Ver

Información Detallada [CC: 1026263305] ALVARO STEVEN ALEJO ESPINOSA

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	Bacteriología	2012/4/16	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: lunes, 21 de enero de 2019 09:03 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1026263305
Nombres y Apellidos	ALVARO STEVEN ALEJO ESPINOSA		
Fecha de nacimiento:	14/04/1988		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	30/03/2012	Engerix B Adultos		CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO AMERICAS
	Segunda dosis	27/03/2018	Hepavax Gene	1434033.01	IPS VACUNAR COLOMBIA
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única	01/11/2018	Sarampión -Rubéola	0128W1307	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL SAN CRISTOBAL
Td	Primera dosis				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: lunes, 21 de enero de 2019 09:03 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1026263305
Nombres y Apellidos	ALVARO STEVEN ALEJO ESPINOSA		
Fecha de nacimiento:	14/04/1988		

Td	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

Guiarsalud
H.S.E.Q.

SERIE A Nº 0367

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Este formato es para uso exclusivo de aspirantes o trabajadores de las empresas cliente de GUIARSALUD *

Fecha del Exámen 12 | 04 | 2017 Ciudad Bogotá

1. DATOS GENERALES

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE *(Tipo Documento de Identidad: C.C. Cédula de Ciudadanía, C.E. Cédula de Extranjería, T.I. Tarjeta de Identidad, P.T. Pasaporte)

Apellidos y Nombres: Alejo Espinosa Alvaro steven | Edad (Años): 29 años | Documento de Identidad Tipo: C.C. [X] T.I. [ ] No. 1.026.263.305

Razón social de la empresa que lo contrató o contratará: Sub Red centro Oriente. | Cargo: Vigilancia Epidemiologica

Nombre Empresa que laboró anteriormente: No aplica

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL (Marque con una "X" una de las siguientes opciones)

[X] Pre-ingreso [ ] Post-incapacidad [ ] Periódico programado [ ] Egreso: (Diligencie desde el item 3)
[ ] Reintegro [ ] Cambio de ocupación [ ] Otro:

2. EXAMEN DE INGRESO - POST-INCAPACIDAD - PERIÓDICO - REINTEGRO - CAMBIO DE OCUPACIÓN

CONCEPTO DE APTITUD
(Marque con una "X" una de las siguientes opciones)

- Sin limitaciones o restricciones para el cargo [X]
- Con limitaciones o restricciones para el cargo [ ]
- Aplazado [ ]

REQUISITOS DE SALUD
(Marque con una "X" el cumplimiento o no aplicación de los requisitos de salud para cada uno de los tipos de trabajo)

	SI	NO	Aplazado	No aplica
Cumple con los requisitos de salud para trabajos en alturas	[ ]	[ ]	[ ]	[X]
Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos	[ ]	[ ]	[ ]	[X]
Cumple con los requisitos de salud para espacios confinados	[ ]	[ ]	[ ]	[X]
Cumple con los requisitos para temperaturas extremas	[ ]	[ ]	[ ]	[X]
Otro:	[ ]	[ ]	[ ]	[X]

Motivo de aplazamiento (Aplica cuando en el CONCEPTO DE APTITUD se seleccionó "Aplazado")

LIMITACIONES O RESTRICCIONES

Aplica cuando el CONCEPTO DE APTITUD se seleccionó "Con limitaciones o restricciones para el cargo" o cuando "NO" cumple con los requisitos de salud para uno o mas tipos de trabajo indicados. Describa cuales son, ante que condiciones o funciones, tipo de trabajo, agentes o factores de riesgo se producen. Marque con una "X" en la casilla correspondiente, según sea **T**: Temporal o **P**: Permanente.

¿Cual es?	Condiciones o funciones / Tipo de Trabajo	Agentes o factores de riesgos	T	P	Recomendaciones
Optometria/Visiometria	Normal				Higiene postural
Audiometria	Normal				
Espirometria					
Terapia Fisica					
Médico:		Otros: Copia Nuevo servicio por perdida.			

El concepto de aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados

	SI	NO
Examen Medico	X	
Audiometria	X	
Espirometria		X
Visiometria		X
Exámen Optométrico	X	
Electrocardiograma		X

	SI	NO
Electroencefalograma		X
Prueba de Neuroconducción		X
Exámenes de Laboratorio ¿Cuál(es)?	X	
Radiología ¿Cuál(es)?		

	SI	NO
Valoración por especialista ¿Cuál(es)?		
Otros ¿Cuál(es)?		
Otros ¿Cuál(es)?		
Otros ¿Cuál(es)?		

3. EXAMEN DE EGRESO

hay sospecha de: Secuela de accidente de trabajo no reportado SI [ ] NO [ ] | Enfermedad Profesional SI [ ] NO [ ] | Enfermedad comun agravada por el trabajo SI [ ] NO [ ]

NOTA: SI EN EL EXAMEN DE EGRESO SE ENCUENTRA UNA PRESUNTA ENFERMEDAD PROFESIONAL O SECUELAS DE EVENTOS PROFESIONALES (NO DIAGNOSTICADOS) OCURRIDOS DURANTE EL TIEMPO EN QUE LA PERSONA TRABAJÓ EN LA EMPRESA, EL EMPLEADOR ELABORARÁ Y PRESENTARÁ EL CORRESPONDIENTE REPORTE (FURAT / FUREP) A LAS RESPECTIVAS ENTIDADES (ARP Y EPS)

4. OTRAS RECOMENDACIONES (Escriba en términos sencillos para que el empleador tenga en cuenta los cuidados, controles y recomendaciones)

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

MEDICAS		OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	
VALORACIÓN POR E.P.S. SI [ ] NO [X]		Uso de todos los elementos de protección personal	Si	Realizar actividad física 3 veces por semana	Si
Se entrega formato de remisión a E.P.S.		Seguir protocolos de seguridad e Higiene Industrial	Si	Buena postura	Si
Consulta Externa		Uso doble protección auditiva en ruidos extremos	Si	Dejar de fumar	—
Consulta especializada		Requiere antiparasitarios para manipular alimentos	—	Reducir consumo de alcohol	—
Confirmación de Diagnóstico		Uso corrección visual permanente	Si	Buena nutrición (Dieta Hipograsa e Hipoglucida: bajarle a las harinas)	Si
REMISION A R.P.	X	Otro:	—	Otro:	—
CONTINUAR TRATAMIENTO FORMULADO					

OTRAS RECOMENDACIONES

STELLA QUINTERO GARZÓN
MEDICO OCUPACIONAL
R.M. 11822
S.O. 11864

Nombre del Trabajador _____ C.C. _____

FIRMA: _____
Certifico que no he omitido información de mi estado de salud, y que todo puede ser verificado

HUELLA

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:	2019-01-22	CIUDAD:	Bogotá	DEPARTAMENTO:	Bogotá

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	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
ALEJO	ESPINOSA	ALVARO	STEVEN	

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1026263305	BOGOTA	2017-01-17
PASAPORTE		OTRO			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1988-04-14	BOGOTA	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A)	CASADO(A)	DIVORCIADO(A)	UNION LIBRE	CERO	CERO	3138990338
VIUDO(A) X						

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CL 2B 35-19	BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIA	4766852

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

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI X	IVA	SI	NO X		
	NO	ICA	SI X	NO	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA: 7490
GRAN CONTRIBUYENTE	SI NO X	AGENTE RETENEDOR		SI NO X	AGENTE AUTORETENEDOR	SI NO X

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 [X] NO [ ]	SI [ ] NO	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA										# NIT	9.009.590.517
	GOBIERNO [ ]	SERVICIOS [ ]	SALUD [X]								
EXPORTACIONES [ ]	AGRICOLA [ ]	ENERGETICA [ ]	FINANCIERA [ ]	TRANSPORTE [ ]	TECNOLOGIA [ ]	ALIMENTOS [ ]	MEDICAMENTOS [ ]				
OTRA [ ]	CUAL: [X]										

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACION	

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	$ 500.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 3.600.000	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 1.000.000	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 500.000	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 3.600.000	TOTAL EGRESOS	$ 2.000.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
GONZALEZ	HERNANDEZ	ASTRID	LILIANA
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
KR 77 18 51	BOGOTA	AMIGOS	3144625421

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BBVA	CUENTA DE AHORROS	74120122	LAS AGUAS	2776987

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIA [ ] 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, profesión, negocio, etc.):

EPIDEMIOLOGO

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

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 provieno de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, 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 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 estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En 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 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 sariaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona jurídica 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 inchuidos 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

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ALVARO STEVEN ALEJO ESPINOSA identificado(a) con CC 1026263305 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**03/04/2012**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - SEDE AMERICAS**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 21 días del mes de enero del año 2019 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

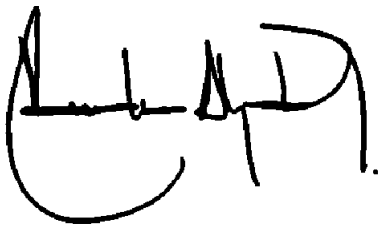
Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ALVARO STEVEN ALEJO ESPINOSA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,026,263,305**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 21 días del mes de Enero de 2019.



_____
Gerente de Clientes

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

1026263305	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

ALVARO	STEVEN	ALEJO	ESPINOSA
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

14/04/1988	BOGOTÁ	CL2B 35-19	4766852
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

NUEVA EPS	PORVENIR	$3.600.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

EPIDEMIOLOGO	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
aalejo.acolectiva.hco@gmail.com	3138990338
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 120938715

WEB
07:52:13

Bogotá DC, 21 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) ALVARO STEVEN ALEJO ESPINOSA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1026263305:

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 lunes 21 de enero de 2019, a las 07:54:18, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1026263305
Código de Verificación	1026263305190121075418

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2708769

Bogotá D.C., 21 de Enero de 2019 - 7:57 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL VEINTISEIS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS CINCO**

1026263305

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Este Certificado ha sido generado a través de la página web www.personeriabogota.gov.co. Para verificar su validez comuniquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_YLKAP_577
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 07:59:28 horas del 21/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1026263305**
Apellidos y Nombres: **ALEJO ESPINOSA ALVARO STEVEN**

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.

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

BBVA Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

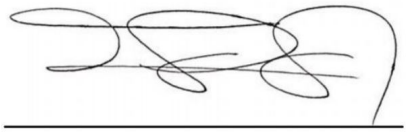
Que nuestro(a) cliente **ALVARO STEVEN ALEJO ESPINOSA**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 1.026.263.305** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 074120122** aperturada el **28 de noviembre de 2014**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **21** días del mes de **enero** del año **2019**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0074120122**
Cuenta de 16 dígitos: **0074000200120122**
Cuenta de 20 dígitos: **00130074000200120122**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA