Estado de las solicitudes de registro

Abajo está la lista de todos sus miembros y correpondiente estado.

Número de documento	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
79280300	HENRY PEREZ BELTRAN	17/11/2017 11:34:37 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	17/11/2017 11:34:37 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado

Cambiar el estilo de paginación

Nuevo registro

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: 14-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
PEREZ	BELTRAN	HENRY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 79280300

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 79280300 D.M 52

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 22 MES JUN AÑO 1963

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 26 N 12-51

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3335952

EMAIL faizulych@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 CLASICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1981
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TL	8	X		PERIODISMO ELECTRONICO	6	1998	No especificada
TC	5	X		LOCUTOR Y PRODUCTOR DE MEDIOS AUDIO VISUALES	6	1995	No especificada

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: 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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	referenciaesesantaclara@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3114725176	DIA 1 MES 3 AÑO 2010	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE REFERENCIA	REFERENCIA	CRA 14 B N 1 45 SUR

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	7	3
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	7	3

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 Diciembre 14 del 2018

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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: 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

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: 14-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, HENRY PEREZ BELTRAN

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 79280300 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CALLE 26 N 12-51 **Teléfonos** 3114725176 3335952

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA DORIS PEREZ BELTRAN	51585647	HERMANO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 15.700.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 7.200.000,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 22.900.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	008400757707	Cra. 6a ##21-13Sur.,	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO PARTICULAR	MONZA CLASIC COLOR GRIS CUARZO	$ 4.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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: 14-dic-2018

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

REPUBLICA DE COLOMBIA

COLEGIO SUPERIOR DE TELECOMUNICACIONES

APROBADO OFICIALMENTE MEDIANTE RESOLUCION No. 0097 DEL 22 DE ENERO DE 1960 DE MINCOMUNICACIONES

CERTIFICA QUE:

HENRY PEREZ BELTRAN

CURSO Y APROBO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS SEMESTRES Y ASIGNATURAS CORRESPONDIENTES A LOS ESTUDIOS DE

LOCUTOR Y PRODUCTOR DE RADIO Y TELEVISION

colegio SUPERIOR de TELECOMUNICACIONES SANTAFE DE BOGOTA
RECTORIA

El Director

colegio SUPERIOR de TELECOMUNICACIONES SANTAFE DE BOGOTA
SECRETARIO GENERAL

El Secretario

Santafé de Bogotá, D.C. JUNIO 24 DE 1.995

REPUBLICA DE COLOMBIA

CENTRO DE EDUCACION NO FORMAL

COLEGIO SUPERIOR DE TELECOMUNICACIONES

APROBADO OFICIALMENTE MEDIANTE RESOLUCIONES Nos. 004417 - 004418 - 004419 DEL 30 DE NOVIEMBRE DE 1989
SECRETARIA DE EDUCACION DEL DISTRITO

CERTIFICA QUE:

HENRY PEREZ BELTRAN

CURSO Y APROBO SATISFACTORIAMENTE TODAS LAS ASIGNATURAS CORRESPONDIENTES; CON UNA INTENSIDAD TOTAL DE 1632 HORAS, POR LO TANTO LE OTORGA EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD PROFESIONAL EN:

LOCUCION Y PRODUCCION DE RADIO Y TELEVISION

colegio SUPERIOR de TELECOMUNICACIONES SANTAFE DE BOGOTA RECTORIA

El Director

colegio SUPERIOR de TELECOMUNICACIONES SANTAFE DE BOGOTA

El Secretario

Santafé de Bogotá, D.C. JUNIO 24 DE 1.995

La Corporación Técnica de Colombia

Corpotec

En nombre de La República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional
Según Resolución de Aprobación ICFES No. 002350 del 2 de Octubre de 1990 y ley 30/92
Personería Jurídica No. 4023 de Marzo 25 de 1983

Confiere a:

Henry Pérez Beltrán

C.C. 79.280.300 de Bogotá

El Título de

Técnico Profesional en Locución y Periodismo Electrónico

En Testimonio de lo cual se firma y refrenda por las autoridades institucionales,
en Santafé de Bogotá, D.C. a los 26 días del mes de Junio de 1998

Presidente

Rector

Secretario General

Secretario Académico

CORPORACION TECNICA DE COLOMBIA - CORPOTEC
REGISTRO NO._____ FOLIO _____
LIBRO DE REGISTRO DE TITULOS PROFESIONALES NO. 1
(DECRETO 636 ABRIL 3 DE 1996)

VISUAL LASER LTDA.

Acta de Grado

Inscripción S.E. 54

DANE 311001-17234

LA FUNDACION INSTITUTO DE NUESTRA SEÑORA DE LA ASUNCION

En la ciudad de Bogotá, D.E. a los VEINTISIETE (27) días del mes de NOVIEMBRE del año 1981 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoria del FUNDACION INSTITUTO DE NUESTRA SEÑORA DE LA ASUNCION-.-.-.--.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.

Institución aprobada hasta NUEVA VISITA en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA, según Resol. No. 16061 del OCHO de NOVIEMBRE de 19 78

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO-.-.-.-.-.-.-.- al graduando cuyo nombre, apellidos y número del documento de identificación se relacionan a continuación: Henry PEREZ BELTRAN-.-.-.-.-.-.-.- c.c. No. 79.280.300 de Bogotá, D.E. -.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-.-

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 001 de fecha Noviembre 27 de 1981 que consta de 59 alumnos que comienza con el nombre de ALBARRACIN BALAGUERA Miguel Antonio y se cierra con el nombre de VELASCO CASTRO Iris Aleida, firmado y sellado por VICENTE ANDRADE VALDERRAMA, S.J. (Rector) y HERNAN VANEGAS SUAREZ (Secretario).

Dada en Bogotá, D.E. a los 12 días del mes de SEPTIEMBRE de 19 84

Firmado y Sellado

El Rector o Director
VICENTE ANDRADE VALDERRAMA, S.J.
c.c. No. 20.088 de Bogotá, D.E.

El Secretario
HERNAN VANEGAS SUAREZ
c.c. No. 19.120.260 de Bogotá, D.E.

DIPLOMA No. 27674

producto case

CORPOTEC

CORPORACION TECNICA DE COLOMBIA

CORPORACION TECNICA DE COLOMBIA

Personería Jurídica 4023/83 - Aprobación ICFES Res. 002350/90
REPUBLICA DE COLOMBIA, SANTAFE DE BOGOTA, D.C.
LIBRO PRIMERO

Acta No. 034 **FOLIO** 010

En el salón de Grados de la Corporación Técnica de Colombia CORPOTEC el día 26 de Junio de mil novecientos noventa y ocho se celebró la ceremonia de grado del alumno

Henry Pérez Beltrán
C.C. 79.280.300 de Bogotá

acto que presidió el Señor Rector de la Corporación en presencia del Señor Presidente del Consejo Superior, del Señor Secretario General, del Señor Coordinador Académico, del alumno y de sus invitados.

En desarrollo del orden del día el Señor Coordinador Académico hizo la presentación del graduando y atestiguó su aprobación de las asignaturas del plan de estudios vigente en la Carrera y su cumplimiento de los requisitos académicos y reglamentarios según las actas y las calificaciones acreditadas en la Secretaría General.

En consecuencia, el Señor Rector en representación de la Corporación Técnica de Colombia CORPOTEC institución aprobada y autorizada para conceder títulos académicos, dio al alumno graduando su congratulación en nombre de la Corporación, le tomó el juramento de rigor y le otorgó el título de

Técnico Profesional en Locución y Periodismo Electrónico

Para constancia se firma la presente Acta (Fdo.), LUIS EDUARDO JABBA, Presidente, LUIS FERNANDO TRUJILLO, Rector y SERGIO CAMACHO MARTINEZ, Secretario General.

Es copia auténtica en lo pertinente del Acta original expedida

Secretario General

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

FUNDACION INSTITUTO DE NUESTRA SEÑORA DE LA ASUNCION

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN RESOLUCION No. 16061 DEL 8 DE NOVIEMBRE DE 1978

CONFIERE A

Henry Pérez Beltrán

IDENTIFICADO CON C.C. No. 79.280.300 DE Bogotá

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTOR

SECRETARIO

DADO EN Bogotá D.E. A 27 DE Noviembre DE 1981

ANOTADO AL FOLIO 11-P LIBRO DE REGISTRO No. 64

SECRETARIO DE EDUCACION

Nº 27674

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

PEREZ BELTRAN HENRY

Con Cédula de Ciudadanía No. 79.280.300

Cursó y aprobó la acción de Formación

ACTUALIZACION EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Con una duración de 50 Horas

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogota D. C. a los Veintinueve (29) días del mes de Septiembre de Dos Mil Cinco (2005)

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

SGC2005AP00445 29/09/2005
No Y FECHA DE REGISTRO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

SECTOR DE CONSULTORIAS UNIVERSITARIAS

Programa de Capacitación Laboral

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

Al Sr. Henry Pérez Beltrán

quién asistió al curso sobre : Elementos de Administración Financiera

dictado **del 2 de Marzo al 6 de Junio** con una duración

de **Ciento Veinte horas** y cumplió con los requisitos exigidos.

RECTOR

DIRECTOR SECTOR

DIRECTOR PROGRAMA

BOGOTA D. E. 8 DE Junio DE 1988

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
Sede Santafé de Bogotá

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

HENRY PEREZ

Participo en el **"CURSO DE URGENCIAS TOXICOLOGICAS"** el día 21 de Octubre de 2003, con una intensidad de 6 horas.

Dra. MYRIAM GUTIERREZ
Directora
Departamento de Toxicología – Fac. Medicina
Universidad Nacional de Colombia

Dra. GILMA C. MANTILLA CAICEDO
Directora
Salud Pública
Secretaría de Salud de Bogotá

EMPRESA DE TELEFONOS DE BOGOTA

CERTIFICA QUE:

Pérez Beltrán Henry

Asistió al curso de FUNDAMENTOS DE RADIO - COMUNICACION

Duración 80 Horas

Dado en Santafé de Bogotá, D. C., a los 18 días del mes de Diciembre de 1992.

SINDICATO DE [illegible]

MARIA EUGENIA GOMEZ A
Sección de Capacitación

HERNANDO PIÑEROS
Instructor

GUSTAVO MALAGON LONDOÑO
Secretario de Salud

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos	Código EGT-FT-656	**Macroproceso:** Estratégico **Proceso:** Gerencia de Talento Humano	**Página:** 1 de 1 **Versión:** 02 **Fecha:** 2016-05-06

Bogotá, D.C

Señores

(Corpotec) (Colegio Superior de Telecomunicaciones)

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Henry Pérez Beltrán, 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE**, sobre la idoneidad de mi título académico como:

Bachiller y Tecnologo (Corpotec) en Periodismo, Locutor y Productor de Radio y Televisión (colegio Superior de telecomunicaciones)

Académico

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:

No. de documento: 79280300

Tarjeta profesional No.:

Dirección de contacto: Calle 26 Sur # 12-51

Teléfono: 3114725176

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.280.300**

PEREZ BELTRAN

APELLIDOS

HENRY

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-JUN-1963**

PACHO
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

15-OCT-1981 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00007861-M-0079280300-20080512 0000289210A 2 1100001159

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4 Número de formulario: 14399735619

(415)7707212489984(8020) 000001439973561 9

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

IDENTIFICACIÓN

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 2 8 0 3 0 0	1 9 8 1 1 0 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
PEREZ	BELTRAN	HENRY	

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACIÓN

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 12 BIS 27 59 SUR

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
santafe6963@gmail.com		3 1 1 4 7 2 5 1 7 6	

CLASIFICACIÓN

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
6 1 9 0	2 0 1 2 1 2 0 6	8 6 9 9	2 0 1 7 0 1 1 0				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 7 0 1 1 0

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: ROJAS LIZARAZO OSCAR MAURICIO
985. Cargo: Gestor

DOCUMENTO DIGITALIZADO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 79280300-2 HENRY PEREZ BELTRAN

Información General

Dirección CR 12 BIS 27 59 SUR

Teléfonos 3114725176

Dirección electrónica santafe863@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 24/06/2009

Soporte Inscripción 13036803

Fecha Inicio Actividades 24/06/2009

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 6190-OTRAS ACTIVIDADES DE TELECOMUNICACIONES

Actividad 2: 86991-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD HUMANA (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17001571612



REPUBLICA DE COLOMBIA

FUERZAS MILITARES

Tarjeta de Reservista de Segunda Clase

PERTENECE AL EJERCITO DE:

1a. LINEA 31-DIC	2a. LINEA 31-DIC	3a. LINEA 31-DIC
52	05	13

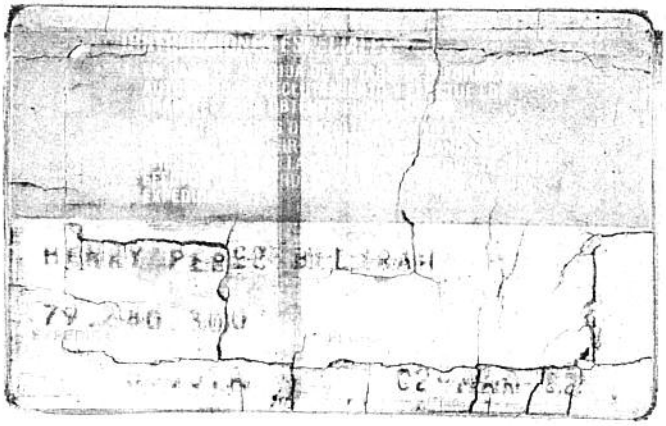
BACHILLER 81

010 190282

759326 020182

TENIENTE ANTONIO ALVARO ARANGO

COMANDANTE DISTRITO MILITAR No. 52



HENRY PEREZ BETRAN

79.280.300

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
Formato: Compromiso de actualización y entrega de documentos	**Código**	**Macroproceso:** Estratégico **Proceso:** Gerencia de Talento Humano	**Página:** 1 de 1 **Versión:** **Fecha:**

Bogotá, D.C, 25 (día) de Enero (mes) de 1919 (año)

Yo Henry Perez Beltrán identificado/a con C.C. No. 79280300, me comprometo a actualizar y entregar a la oficina de Talento Humano el (los) documento(s): Certificaciones de Vacunas, para que pueda(n) ser adjuntado(s) como soporte de mi hoja de vida, con fecha máxima 15 dias.

Estoy informado/a que el pago del mes inmediatamente posterior a la fecha límite, está sujeto al cumplimiento del presente compromiso.

Cordialmente,

Firma:

Correo de contacto: henryperezbeltran63@gmail.com

Dirección de contacto: Calle 26 Sur # 12-51

Teléfono: 3114725176

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA 14-dic-2018 **HORA** 11:38:17
EMPRESA PARTICULAR
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Henry Perez Beltran
Edad 55 años 5 meses 23 dias
Documento de Identificación: CC Número: 79280300
Cargo EMPLEADO - ADMINISTRATIVO



EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Otras Recomendaciones: 1/Manejo de estrés con actividades que mejoren la carga laboral. 2/Adecuados hábitos posturales para conservar un buen estado de columna. 3/Hábitos alimenticios saludables, comer a horarios. 4/Pausas activas generalizadas de predominio en manos con el fin de disminuir el estrés, la fatiga y el cansancio originados por los movimientos repetitivos y posiciones prolongadas. 5/Pausas visuales cada 3 horas si está expuesto a permanecer prolongadamente frente a un equipo de cómputo. *uso de gafas en jornada laboral. *Se indica bajar de peso corporal, dieta y ejercicio (cardiovascular) *Comer a horarios. *uso de gafas en jornada laboral. * Continuar con material de apoyo en pierna derecha ortesis * uso de baston para apoyo // AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS: -MEDICO: NORMAL. -OSTEOMUSCULAR: *CON HALLAZGO -REMISION A EPS?: SI - NUTRICION - MEDICINA GENERAL

Apto PARA LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACION

Tipo de Restriciones:

☑ Subir y bajar escaleras

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Fabian S. Ramirez T.
Medico y Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
y Riesgos Laborales

Firma
FABIAN RAMIREZ TORRES MD
C.C. 1013590019

Nombre: FABIAN SNAIDER RAMIREZ TORRES

RM. Lic.SO: 25-5205

Trabajador

Firma

Nombre: Henry Perez Beltran

CC N° 79280300

Huella

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
Formato: Compromiso de actualización y entrega de documentos	Código: -	Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano	Página: 1 de 1 Versión: Fecha:

Bogotá, D.C, 25 (día) de Enero (mes) de 2019 (año)

Yo Henry Perez Beltran
identificado/a con C.C. No. 79280300, me comprometo a actualizar y entregar a la oficina de Talento Humano el (los) documento(s): Curso de Victimas a Violencia Sexual
para que pueda(n) ser adjuntado(s) como soporte de mi hoja de vida, con fecha máxima dos meses.

Estoy informado/a que el pago del mes inmediatamente posterior a la fecha límite, está sujeto al cumplimiento del presente compromiso.

Cordialmente,

Firma:
Correo de contacto: henryperezbeltran63@gmail.com
Dirección de contacto: Calle 26 Sur #12-51
Teléfono: 3114725176

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: 2018-12-14

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

FECHA:		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	

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		
Pérez	Beltrán	Henry			

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	79280300	Bogotá	15/10/1981
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ ☐		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
22/06/1963	Pacho Cund.	Colombia	Colombiana

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) ☒	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	0	0	3114725176

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Calle 26 sur #12-51	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	- - -

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

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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:

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: 2018-12-14

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	**DECLARA RENTA**	SI ☐ NO ☒	**IVA**	SI ☐	NO ☒	[illegible] ACTIVIDAD ECONOMICA	
			ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	**AGENTE RETENEDOR**		SI ☐ NO ☒	**AGENTE AUTORETENEDOR**		SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PUBLICO	**ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS**	**NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA**
SI ☒ NO ☒	SI ☐ NO ☒	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☒	SALUD ☒	**# NIT**			
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	[illegible]NOLOGIA ☐	A[illegible]ENTOS ☐	MEDIC[illegible]ENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL:						

DIRECION DE LA EMPRESA	**TELEFONO**	**CIUDAD/MUNICIPIO**	**DEPARTAMENTO**	**PAIS**
Trasv. Sesta #1950	2898971	Bogota	Cundinamarca	Colombia
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**
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		**EGRESOS MENSUALES**		**ACTIVOS**		**PASIVOS**	
SALARIOS	1.390.000	GASTOS FAMILIARES	300.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	600.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	300.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS		**TOTAL EGRESOS**	1.200.000	**TOTAL ACTIVOS**		**TOTAL PASIVOS**	

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**
Perez	Avila	Alvaro	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Calle 26 Sur # 12-51	Bogota	Primo	3204143966

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	**TIPO DE PRODUCTO**	**NUMERO**	**SUCURSAL**	**TELEFONO**
Banco Bogota	ahorros	102607033 ☒	Calle 19	

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ RANSFERENCIAS ☐ P[illegible]TAMOS ☐ SERVICIOS O[illegible] ☐ **CUAL:**

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:** 2018-12-14

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.):

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio 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, compañias 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 estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la 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 onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) HENRY PEREZ BELTRAN identificado(a) con cedula ciudadania 79.280.300 , se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente bajos ingresos tipo 42 según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20090601	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 14 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: MARTHA AURORA ORTIZ
10554576

CER-AFI

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **HENRY PEREZ BELTRAN** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **79280300,** se encuentra afiliado (a) desde **06/02/1996** 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	06/02/1996	No Multivinculado
Traslado Aprobado de COLPENSIONES o a un Fondo de Pensión	10	CITI COLFONDOS	01/08/2000	No Multivinculado
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/11/2012	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.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119202226

WEB
03:59:08

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) HENRY PEREZ BELTRAN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79280300:

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 viernes 14 de diciembre de 2018, a las 04:01:52, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	79280300
Código de Verificación	792803001812140401 52

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. 2611789

Bogotá D.C., 14 de Diciembre de 2018 - 3:56 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: **SETENTA Y NUEVE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL TRESCIENTOS SEIS**

79280306

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

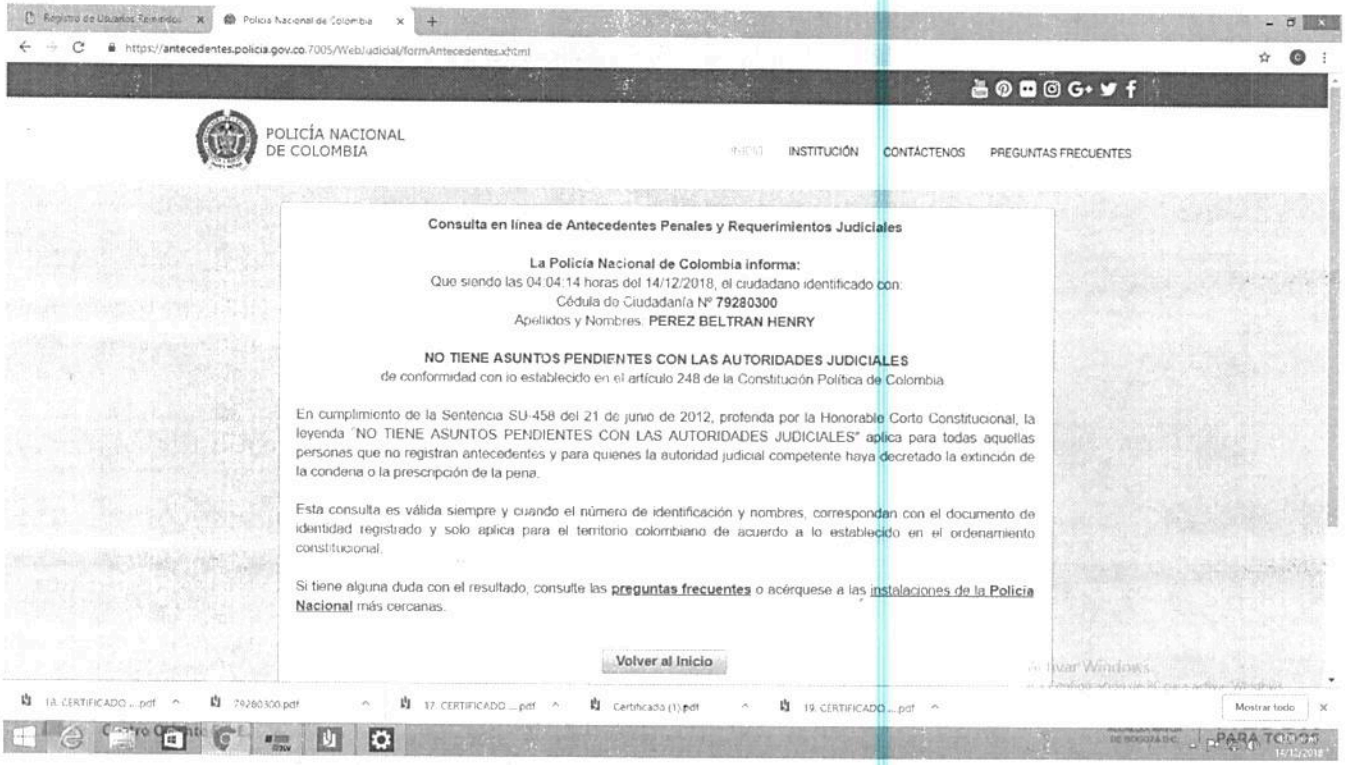
Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_A6EH2_563
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios


Registro de Usuarios Remitidos
Policía Nacional de Colombia
https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml
POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA
INICIO
INSTITUCIÓN
CONTÁCTENOS
PREGUNTAS FRECUENTES
Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales
La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 04:04:14 horas del 14/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 79280300
Apellidos y Nombres. PEREZ BELTRAN HENRY
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, profenda por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.
Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.
Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las preguntas frecuentes o acérquese a las instalaciones de la Policía Nacional más cercanas.
Volver al Inicio
18. CERTIFICADO ....pdf
79280300.pdf
17. CERTIFICADO ....pdf
Certificado (1).pdf
19. CERTIFICADO ....pdf
Mostrar todo
Centro Comerci
PARA TODOS
14/12/2018

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que PEREZ BELTRAN HENRY identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 79280300 está vinculado con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

	Cuenta Corriente No.	*- //
X	Cuenta de Ahorros No.	102607033 abierta desde el 02/03/10
	Créditos hasta por valor de	$0.00

CONCEPTO: CUENTA ACTIVA Y VIGENTE CON LA ENTIDAD

Se expide en BOGOTA el día 14 del mes de Diciembre del año 2018 con destino a SUB RED CENTRO ORIENTE



Firma Autorizada

019 Barrio Restrepo

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO