FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Ultima Actualización: 14-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
FRANCO	NOREÑA	JAIME ANDRES

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 10143559

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 661213 D.M 22

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 10 MES DIC AÑO 1971

PAÍS Colombia

DEPTO Risaralda

CIUDAD Pereira

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

cra80nro146/07int7ap402

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6470472

EMAIL tatagongora@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 1988
										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*
DC	4	X		CIRUGIA DE TORAX	1	2007	10143559
ES	8	X		CIRUGIA GENERAL	1	2005	10143559
UN	12	X		SIN REGISTRAR	12	1994	10143559

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	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 14-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTROORIENTE ESE	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3444484	*FECHA DE INGRESO* DIA 31 MES 7 AÑO 2016		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO MEDICO ESPECIALISTA	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO		*DIRECCIÓN* CARRERA 14 B No. 1-45 Sur

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SANTA CLARA	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* tatagongora@hotmail.com
TELÉFONOS 3282795	*FECHA DE INGRESO* DIA 13 MES 12 AÑO 2006		*FECHA DE RETIRO* DIA 16 MES 11 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO MEDICO INTENSIVISTA ADULTOS	*DEPENDENCIA* UCI ADULTOS		*DIRECCIÓN* CRA 15 1 59SUR

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	11	12
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	11	12

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).

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 14-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

BOGOTA, DIC 14/2018

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Última Actualización: 14-dic-[illegible]

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JAIME ANDRES FRANCO NOREÑA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 10143559 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección cra80nro146/07int7ap402 **Teléfonos** 3133873440 6470472

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CARLOS ARTURO FRANCO RESTREPO	10068245	PADRE
AMANDA NOREÑA DE FRANCO	24941952	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	$ 18.320.000,00
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	$ 18.320.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCO DAVIVIENDA	AHORROS	0005 7006 4402	OF SAN NICOLAS	$ 450.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
INMUEBLE	APARTAMENTO	$ 500.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO BBVA	CREDITO HIPOTECARIO	$ 200.000.000,00

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 [illegible]

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** (X) **NO** ( ) tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
ALEXANDRA GONGORA ROJAS	C.C (X) C.E ( ) T.I. ( )	52420045

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia
y en su nombre

El Colegio Nacional Deogracias Cardona

De Pereira autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según

Resolución No. 7689 del 22 de Julio de 1.986

Confiere A:

Jaime Andrés Franco Noreña

Identificado con Tarjeta de Identidad No. 751210-02129 de Pereira

el título de:

Bachiller Académico

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

Rector

Secretario (a)

Pereira 30 de Noviembre 30 1988

Anotado al folio 16 F Libro de Registro No. 1

Secretario de Educación,

REPUBLICA DE COLOMBIA

y por Autorización del Ministerio de Educación Nacional

La Universidad de Caldas

confiere el título de

Médico y Cirujano

a Jaime Andrés Franco Moreña

c. c. No. 10'143.559 de Pereira

En testimonio de ello se expide el presente título en Manizales, el día 26 del mes de Enero del año de 1996 y lo refrenda con el sello respectivo.

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIO DE LA UNIVERSIDAD

DECANO DE LA FACULTAD

GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO (E)

SECRETARIO DE EDUCACION

000289

Secretaría de Educación Departamental Caldas al Folio 11-F-10 del Libro de Registro No. 5

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1653

FACULTAD DE MEDICINA

Hospital Occidente de Kennedy

Por cuanto el Doctor Jaime Andrés Franco Moreña C.C. N° 10'143.559 de Pereira Risaralda ha cumplido con todos los requisitos exigidos por este Colegio Mayor, cursando y aprobando el correspondiente programa académico, le confiere el título de

Especialista en Cirugía General

Registrado bajo el N° 12225 Folio 2 Libro 15 y refrendado por el Secretario General en la ciudad de Bogotá, D.C., República de Colombia, a los dieciseis (16) días del mes de febrero de dos mil cuatro (2004)

El Rector

El Vicerrector

El Secretario General

El Decano de la Facultad

El Director de la Especialización
El Jefe de Educación Médica

Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 - Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica Resolución No.11153 Ministerio de Educación Nacional

En nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional, en atención a que

JAIME ANDRES FRANCO NOREÑA

C.C. No. 10.143.559 Expedida en Pereira (R/ralda.)

Cumplió con los requisitos del Programa Académico de

Especialización en Cirugía del Tórax

Le confiere el Título de

Especialista en Cirugía del Tórax

En testimonio de ello le otorga el presente Diploma. Dado en Santafé de Bogotá, D.C.,

a los nueve (09) días del mes de febrero del año 2006

Rector | Director de Postgrados | Decano | Director del Programa | Secretario General

Registro 91 Folio Libro de Registro

20838

COLEGIO NACIONAL DEOGRACIAS CARDONA

PEREIRA

FOLIO 049

ACTA GENERAL DE GRADUACION No. 016

En la ciudad de Pereira a los 30 días del mes de Noviembre del año 1988 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoria del *COLEGIO NACIONAL DEOGRACIAS CARDONA* Jornada de la Mañana institución aprobada hasta Nueva Visita en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Titulo de Bachiller en la Modalidad ACADEMICO según Resolución Nº 7689 del 22 de Julio de 1.9 86

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 a el graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Jaime Andrés Franco Noreña T.I. # 711210-02129 Pereira

Esta Acta consta de 112 alumnos graduados, comienza con el nombre de Oscar Alonso Alvarez Conde .-.- y termina con el de Luis Fernando Wilches Narváez .-.-.-

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron, en cumplimiento a lo ordenado en el Articulo 7º del Decreto 180 de 1981.

Jesús Antonio Jaramillo Cardona
El Rector o Director
C. C. Nº 785642 Yarumal (Ant.)
Firma y Sello

Edhy Ramírez de Ocampo
Secretaria
C. C. Nº 2431011 Pereira
Firma y Sello

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica: Resolución No.11153 de 1978 Reconocimiento institucional como Universidad: Resolución No. 327 de 1997 del Ministerio de Educación Nacional.

ACTA DE GRADO

El Consejo Directivo de la Universidad El Bosque, en su sesión del día 1° de febrero del año 2006, según consta en el Acta No. 831 y Acuerdo No. 8481 de la misma fecha, estudió y aprobó la solicitud del aspirante a grado, alumno (a)

JAIME ANDRES FRANCO NOREÑA
C.C. 10.143.559 de Pereira (R/ralda.)

quien cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos académicos y legales exigidos por la Institución, conforme al concepto previo emitido por el Consejo Académico, motivo por el cual autorizó se le otorgue el titulo de:

ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DEL TÓRAX

En ceremonia solemne del día 09 de febrero del año 2006, se le hace entrega del diploma No.20838, el cual aparece registrado con el No. 91, del libro de registro de títulos de la Universidad.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de Acta de grado, en Bogotá, D. C., a los nueve (09) días del mes de febrero del año dos mil seis (2006).

MIGUEL OTERO CADENA
RECTOR

LUIS ARTURO RODRIGUEZ BUITRAGO
SECRETARIO GENERAL

No. 066810

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

UNIVERSIDAD DE CALDAS

ACTA DE GRADO No. 009

SESIÓN DE GRADO No. 001

Facultad de Medicina

Fecha: 26.01.96

En ceremonia presidida por el Rector de la Universidad de Caldas: GUIDO ECHEVERRI PIEDRAHITA del Decano CARLOS RICARDO ESCOBAR ORTEGA, y del Secretario General de la Universidad ORLANDO GIRALDO GONZALEZ, LA UNIVERSIDAD DE CALDAS en nombre de la República de Colombia y con autorización del Ministerio de Educación Nacional, confirió el título profesional de MEDICO Y CIRUJANO, a(l) (la) exalumno(a) JAIME ANDRES FRANCO MORELLA identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía No. 10.141.559 de Pereira y Libreta Militar No 661213 del Distrito No. 32, quien acreditó en debida forma el título de bachiller expedido por el Colegio Deogracias Cardona, Pereira en 1988, cumpliendo así todos los requisitos legales reglamentarios de conformidad con la Resolución de Decanatura No. 002 de 23.01.96 y previo juramento en el que el graduando se comprometió a cumplir fiel y lealmente la Constitución, las Leyes de la República, la ética y los deberes de su profesión. Para optar por su título cumplió con los siguientes requisitos académicos: Internado Rotatorio realizado en los Hospitales de Caldas en Manizales y San Rafael en El Espinal, en el período comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 1995.

El Rector hizo entrega del diploma y de las Actas de Grado que lo acreditan y habilitan para el ejercicio de la profesión de MEDICINA Y CIRUGIA. Para su constancia se firma en la ciudad de Manizales a los veintiseis días del mes de enero de mil novecientos noventa y seis.

EL RECTOR

DECANO

SECRETARIO GENERAL

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA

República de Colombia · Bogotá, D. C.

El suscrito Jefe de la División de Educación Médica de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

HACE CONSTAR

Que en el Libro de Actas del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, el día 16 de FEBRERO del año 2004, fue aprobado el Título de Especialista en CIRUGIA GENERAL

al Doctor JAIME ANDRES FRANCO NOREÑA

C.C. 10.143.559 expedida en PEREIRA

Con las firmas del Rector, Doctor HANS PETER KNUDSEN QUEVEDO

El Decano, Doctor LEONARDO PALACIOS SANCHEZ

El Jefe de Educación Médica, Doctor ANGELA MARIA RUIZ STERNBERG

En constancia se firma en la ciudad de Bogotá, D. C., el día DIECISEIS (16) del mes de FEBRERO del año DOS MIL CUATRO (2004).

Angela Maria Ruiz

ANGELA MARIA RUIZ STERNBERG, M.D.
El Jefe de Educación Médica

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

ANDRES FRANCO

C.C.: 10143559

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) dias del mes de Noviembre de 2016

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

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

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

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E **ESTRATÉGICO– GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO** **FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA TÍTULOS ACADÉMICOS**	**CÓDIGO: ET-GT-FT-014** **VERSIÓN: 01** **FECHA: 2016-11-25**

Bogotá D.C

Señores:

Universidad del Rosario, U. El Bosque, U. La Sabana

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

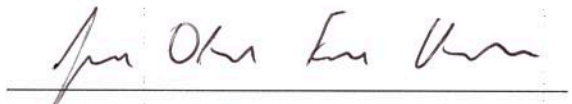
Yo, Jaime Andres Franco Noreña en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del 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:

Cirujano General, Cirujano de Torax, Médico intensivista

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 10.143.559

Tarjeta profesional No: 66299/97.

Dirección de contacto: Cra 80 # 146-07 · Apt 402.

Teléfono: 3133873440

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10.143.559

FRANCO NOREÑA

APELLIDOS

JAIME ANDRES

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-DIC-1971

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

27-AGO-1990 PEREIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00246006-M-0010143559-20100724 0023008995A 2 5020402898

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:	14/12/18	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
FRANCO	MOREÑA	JAIRE	ANDRES		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C ☐	NUIP ☐	10 143554	PEREIRA	1990/08/27
PASAPORTE ☐	OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ ☐			

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1971/12/10	PEREIRA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ VIUDO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	HIJO	1	3133873440

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CRA 80 146-07 LOTE 7 AP 402	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	6470472

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

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CONCHA	ROJAS	ALEXANDRA	

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52420045	BOGOTA	1995/07/10
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI ☒ NO ☐	IVA	SI ☐	NO ☒		8671
		ICA	SI ☒	NO ☐		PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐

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

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☐	# NIT	

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIAG 34 S-45	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	MEDICO ESPECIALISTA	FECHA VINCULACION	03/2004

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		GASTOS FAMILIARES	8000000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	300.000.000
HONORARIOS	17000000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	3000000	VEHICULOS	100.000.000	DEUDA VEHICULOS	80.000.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	3000000	PROPIEDADES	700.000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	17000000	TOTAL EGRESOS	14000000	TOTAL ACTIVOS	800.000.000	TOTAL PASIVOS	380000.000

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

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NAVIBE	ROMERO	MALATON	

DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CIRA 80-63	BOGOTA	AMIGO	3017447280

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

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 aqui consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

MEDICO ESPECIALISTA

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

AUTORIZACION

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

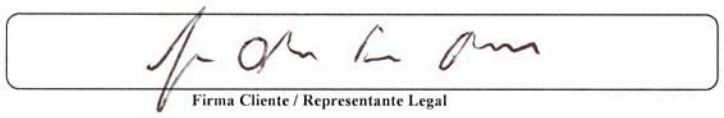
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. 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 sarlaff@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude ***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

RUT
Registro Único Tributario, Servicio y Control Aduanero

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14195038916

(415)7707212489984(8020) 000001419503891 6

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

IDENTIFICACION

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

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Risaralda 6 6	Pereira 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FRANCO	NOREÑA	JAIME	ANDRES

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 80 146 7 LT 7 AP 402

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
donjuanandres2011@hotmail.com		6 4 7 0 4 7 2	3 1 3 3 8 7 3 4 4 0

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
8 6 2 1	2 0 0 3 0 1 0 1					2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

npto. renta y compl. régimen ordinario
16- Obligación facturar por ingresos bienes y/o servic e
22- Obligado a cumplir deberes formales a nombre de t

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 4 61. Fecha: 2 0 1 2 1 2 1 8

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 MONTAÑO PINZON EMILSE
985. Cargo: Gestor I:

DOCUMENTO SIN COSTO

Secretaría de HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha : 09-01-2007
Hora : 12:11:15 PM
Página : 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 10143559-5 JAIME ANDRES FRANCO NOREÑA

Información General

Dirección Notificación	CL 45 A 25 48 AP 401
Teléfonos	2692621
Dirección Electrónica	ANDRESFRANCON@HOTMAIL.COM
Apartado Aereo	
Fax	

Información de Registro

Fecha Inscripción	09/01/2007
Sopone Inscripción	2005729108
Fecha Inicio Actividades	01/02/2005
Fecha Cese Actividades	
Fecha de Informe del cese	

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica	PERSONA NATURAL
Régimen Tributario	COMUN
Descripción Actividad 1	8512-actividades de la práctica médica
Descripción Actividad 2	-
Descripción Actividad 3	-
Descripción Actividad 4	-
Descripción Actividad 5	-
Estab. Activos - Inactivos	0 - 0
Financiera	

ESTABLECIMIENTOS

REPRESENTANTES

REPUBLICA DE COLOMBIA

FUERZAS MILITARES

02129

TARJETA DE RESERVISTA
SEGUNDA CLASE

PERTENECE AL EJERCITO DE



22

1a. Línea 31 Dic. 01	2a. Línea 31 Dic. 11	3a. Línea 31 Dic. 21

de D Nº 661213 B.D. 096-89

PROFESION BACHILLER 68 TIPO ORIG

NOMBRE FRANCO MORENA JAIME ANDRES



CC 2129-Bogotá(N...

CTE DIM No 22



REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD

TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro N°

C.C. 6C 2997 91

Firma Médico

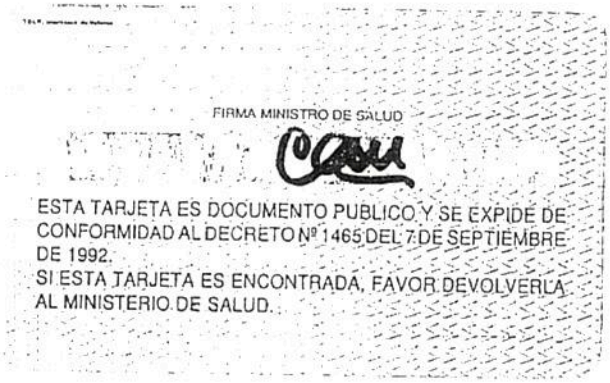
Nombres y Apellidos

JAIME ANDRES FRANCO NOREÑA

C.C. o C.E. 10 43559 De: PEREIRA

Universidad: CALDAS Ciudad: MANIZALES

Código: 19700766 Fecha de Expedición: 29/08/97



FIRMA MINISTRO DE SALUD

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD AL DECRETO Nº 1465 DEL 7 DE SEPTIEMBRE DE 1992.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD.



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CETIFICADO DE INSCRIPCION

No. EXP

16-02-2000

FRANCO RO

JAIME ANDRES

CC 101

MEDICO

FIRMA

FIRMA AUTORIZADA

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

SERVICIO DE SALUD DEL RISARALDA

RESOLUCION NUMERO DE 19
(0002999)

Por la cual se autoriza el ejercicio de una profesión.

El DIRECTOR DEL SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DE RISARALDA , de conformidad con el Decreto No. 1875 de Agosto 3 de 1994 y

CONSIDERANDO :

Que el(la) Doctor (a) JAIME ANDRES FRANCO NOREÑA, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No.10.143.559 de Pereira , a solicitado autorización para ejercer la profesión de Médico y Cirujano, Título que le fue otorgado por la UNIVERSIDAD DE CALDAS el 26 de Enero de 1996.

Que cumplió con el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO en el Servicio Seccional de Salud del Risaralda - Hospital Santa Mónica del municipio de Dosquebradas- del 11 de Marzo de 1996 al 10 de Marzo de 1997, según plaza No. 26-M radicado en el libro de profesiones No. 1001 del 26 de Febrero de 1996.

RESUELVE :

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a JAIME ANDRES FRANCO NOREÑA para ejercer la profesión de MEDICINA Y CIRUGIA en todo el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Contra la presente procede el recurso de Reposición el cual podrá interponerse en el acto de notificación, dentro de los 5 días siguientes a la notificación ó a los 10 días siguientes de fijación del edicto, ante el Director del Servicio Seccional de Salud del Risaralda.

ARTICULO TERCERO : La presente resolución rige a partir de la fecha de su notificación.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en la ciudad de Pereira a los

JAVIER DE JESUS CARDENAS PEREZ
Director

ROCIO CARDONA TAMAYO
Secretaria

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 *

10143559

Primer Nombre *

jaime

Primer Apellido *

franco

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2018-12-06→3:06:16 PM -2018-12-06→3:07:33 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	10143559	JAIME	ANDRES	FRANCO	NORENA	Ver

Información Detallada [CC: 10143559] JAIME ANDRES FRANCO NORENA

2018-12-06→3:07:33 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Medicina	1997/4/08	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

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

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C-014294

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Etica Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Etica Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **JAIME ANDRES FRANCO NOREÑA**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 10.143.559 de PEREIRA T.P. o R.M. No. 10143559 expedida por SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los Seis (06) días del mes de Diciembre de dos mil dieciocho (2018) a solicitud del(a) interesado(a).

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICIÓN DE MÉDICO"

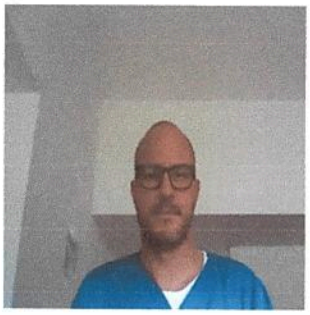
F. Henao G.

FRANCISCO JAVIER HENAO PEREZ MD
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
PRESIDENTE

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

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



DATOS PACIENTE

Nombres:	JAIME ANDRES FRANCO NOREÑA
Tipo de Documento:	CC **Documento** 10143559
Sexo M **F. Nacimiento:**	10/12/1971 **Edad:** 45 Años
Entidad:	PARTICULAR/NORTE **Cargo:** MEDICO
Centro de Costo:	N/A
Fecha de Atencion:	2017-11-23
Fecha y Hora entrega resultados:	23/11/2017 11.09 AM

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado la valoración Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

VALORACION OPTOMETRICA. ANUAL - USO DE CORRECCION VISUAL

OTRAS: CONTROL MEDICO ANUAL - USO DE EPP - EJERCICIO REGULAR - PAUSAS ACTIVAS PERIODICAS - TAMIZAJES PREVENTIVOS ANUALES

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

CONDICION VISUAL

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que halla lugar.
Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): ANA MARIA ALVAREZ GORDILLO RM: 11-3194/93

Ana Maria Alvarez G
CC 51883884
ANA MARIA ALVAREZ G.
REG. MEDICO 11-3194.93
LICENCIA S.O. No 7346.13

Firma y sello del Médico Evaluador

JAIME ANDRES FRANCO NOREÑA
C.C 10143559
Firma del trabajador Evaluado

RESULTADOS
DE EXÁMENES

INSTITUTO DE REFERENCIA ANDINO | SYNLAB SOLUTIONS IN DIAGNOSTICS

Remite: **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. -**
Paciente: **FRANCO , JAIME ANDRES**
Código IRA: I01446403
Identificación: 10143559
Sexo: M
Médico:

Origen: BOGOTÁ
Edad: 47 Años
Fecha de Recibo: 14/12/2018
Fecha Validación Final: 17/12/2018 09:07:45 a.m.
Código Cliente: SANTA CLARA

Parámetro	Resultado	Unidad	Intervalo Biológico de Referencia
Inmunología Infecciosa			
Hepatitis B (Anti-HBs), Anticuerpos de Superficie	**291.15**	mUI/mL	Mayor o igual a 10 Según recomendación de la Organización Mundial de la Salud, una concentración de anti-HBs mayor o igual a 10 mUI/ml se considera protección frente a una infección por el virus de la hepatitis B.

Técnica: Inmunoensayo Quimioluminiscente de Micropartículas (CMIA)
Prueba procesada en: Central de Procesos UT Siplas

Iván Leonardo Mojica F. MD, MBA
Gerente General
Registro No. 7361/2008

Validado Por:
Liliana del Pilar Torres Fuentes
T.P. # 53.047.463

Referencia

iepa

SYNLAB Colombia Oficina Centro - Dirección: Calle 13 # 60-49/61, Piso 3 +57 1 2900077 - Bogotá D.C Colombia www.iralabs.com / www.synlab.com
Este laboratorio dispone de un Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo con los requisitos de la norma NTC-ISO 9001:2015, certificado por ICONTEC

Referencia

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 10143559
NOMBRES Y APELLIDOS	Franco Noreña,Jaime Andres
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	05/06/2009
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Franco Noreña,Jaime Andres, a los 06 dias del mes de diciembre del año 2018.

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

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **FRANCO NOREÑA JAIME ANDRES** identificado(a) con **CC** número **10.143.559** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 23 de agosto de 1996 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 06 de diciembre de 2018.

Cordialmente,

Laura P. Merchán M.

Laura Patricia Merchan Metaute
Dirección servicios transaccionales para clientes
Protección S.A.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

Consultas > *Consulta Publica ARL* > *Afiliación trabajador*

CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese **la información solicitada.**

** Campos obligatorios*

Tipo de Documento *

Número de Documento *

La persona identificada con CC-10143559 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar



Confirmar imagen *

CONSULTAR

© 2016 - Seguros Bolívar · Todos los derechos reservados 2016

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118901271

WEB
15:08:59

Bogotá DC, 06 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) JAIME ANDRES FRANCO NOREÑA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 10143559:

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 REPUBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 06 de diciembre de 2018, a las 15:08:59, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	10143559
Código de Verificación	10143559181206150859

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2592962

Bogotá D.C., 6 de Diciembre de 2018 - 15:10 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **JAIME ANDRES FRANCO NOREÑA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **DIEZ MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y NUEVE** de PEREIRA

10143559

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_3RTRQ_1015
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 15:09:40 horas del 06/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **10143559**

Apellidos y Nombres: **FRANCO NOREÑA JAIME ANDRES**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Carrera 27 Nº 18 - 41 (Paloquemao) Bogotá D.C.
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano: Bogotá D.C. (571) 5159111 - 9112
Resto del país: 018000 910 111
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA.

2017/11/24

Por medio de la presente hacemos constar que el señor JAIME ANDRES FRANCO NORENA
con Cédula de Ciudadanía número 10143559
de PEREIRA-RISARALDA
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	000570064402
Fecha Apertura	2006/02/28

Cordialmente,

DAVIVIENDA
4552-OFICINA SANTA FE

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA