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

Editar

Información del usuario



Género	Masculino
Cargo	Médico
Título	Dr(a)
Nombre completo	LUIS ANGEL BUELVAS
Nombre y apellido	LUIS ANGEL BUELVAS DIAZ
Código del empleado	
Tipo de documento	
Número de documento	1032374900
Fecha de emisión	26/11/2004 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Expedido por	BOGOTA D.C
Fecha de expiración	
Dirección	CALLE 152A # 46-15
Código postal	
Estado	
Municipio	BOGOTA D.C
País	COLOMBIA
Correo electrónico	luisangelbd@gmail.com
Teléfono	3132101871
Celular	3132101871
Número de fax	

Configuración

Usar configuración de mi Entidad Estatal / Proveedor	☑
Zona horaria	
Idioma	
Configuración regional	Spanish (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es el nombre de su abuelo?
Respuesta	manuel
Celular	3132101871

Editar

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: 13-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BUELVAS	DIAZ	LUIS ANGEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1032374900

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 1032374900 D.M 62

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 10 MES NOV AÑO 1986

PAÍS Colombia

DEPTO Putumayo

CIUDAD Orito

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CLL 152 A NUM 46-15 APTO 504

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO no

EMAIL luisangelbd@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2003
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	12	X		MEDICO Y CIRUJANO	12	2009	86181/2010

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-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*
SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 1 MES 8 AÑO 2016	DIA 29 MES 11 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MÉDICO GENERAL	URGENCIAS PEDIATRIA	CRA 15 # 1 - 59 SUR

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SANTA CLARA E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.		atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2464850	DIA 1 MES 10 AÑO 2012	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE	URGENCIAS PEDIATRIA	CRA 15 NUM 1 59 SUR

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
E.S.E HOSPITAL EL TUNAL	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subredsur.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7428585	DIA 1 MES 9 AÑO 2012	DIA null MES null AÑO null

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL	URGENCIAS ADULTOS	CARRERA 20 No. 47B 35 SUR.

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: 13-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*
E.S.E HOSPITAL SANTA CLARA	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DIA 14 MES 2 AÑO 2011	DIA 31 MES 5 AÑO 2012

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL	URGENCIAS ADULTOS	CRA 15 NUM 1 59 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
E.S.E HOSPITAL ORITO	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Putumayo	Orito	info@esehospitalorito.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4292283	DIA 1 MES 8 AÑO 2010	DIA 31 MES 12 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO GENERAL	URGENCIAS, HOSPITALZIACION,	CLL 9 NUM 10 50

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
E.S.E HOSPITAL JOSE MARIA HERNANDEZ	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Putumayo	Mocoa	administrador@esehospitaljosemariahernandez

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4296129	DIA 2 MES 1 AÑO 2010	DIA 31 MES 7 AÑO 2010

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO RURAL MEDICO GENERAL	URGENCIAS, HOSPITALIZACION,	CLL. 14 No. 7 26

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	5
PRIVADO	0	0

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: 13-dic-2018

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*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	7	5

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).

BOGOTÁ D.C 13/12/2018
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Luis Angel Buelvas Diaz

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

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, LUIS ANGEL BUELVAS DIAZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1032374900 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CLL 152 A NUM 46-15 APTO 504 **Teléfonos** 3132101871 no

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ALVARO GERMAN BUELVAS CARO	19160972	PADRE
OLGA ESTHER DIAZ SILVA	41105117	MADRE
ISABELLA BUELVAS ALBA	1146685218	HIJO(A)
MARIANA BUELVAS ALBA	1014743002	HIJO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 132.884.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 132.884.000,00

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 DE BOGOTA	AHORROS	102617180	BOGOTA	$ 900.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	VIVIENDA	$ 280.000.000,00
VEHICULO	CAMIONETA	$ 64.000.000,00
VEHICULO	MOTO	$ 9.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO DE BOGOTA	CREDITO DE VIVIENDA	$ 149.000.000,00
COMEDAL	CREDITO LIBRE DESTINO	$ 36.000.000,00
BANCO DE BOGOTA	TARJETA CREDITO MASTER CARD	$ 7.154.000,00
BANCO DE BOGOTA	TARJETA DE CREDITO VISA	$ 8.469.000,00
FALABELLA	TARJETA DE CREDITO	$ 900.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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
LADY SMITH ALBA PEREZ	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	1098615312

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

Luis Angel Buelvas Diaz

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 14-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA

PERSONERÍA JURÍDICA: RESOLUCIÓN NO.11153 DE 1978 Y UNIVERSIDAD:
RESOLUCIÓN NO. 327 DE 1997, DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

EN ATENCIÓN A QUE:

LUIS ANGEL BUELVAS DIAZ

C. C. No. 1.032.374.900 Expedida en Bogotá D.C.

CUMPLIÓ CON LOS REQUISITOS LEGALES Y ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

MÉDICO CIRUJANO

DADO EN BOGOTÁ, D.C., REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL DÍA 26 DE ENERO DE 2010

RECTOR

PRESIDENTE DEL CLAUSTRO

PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

DECANO

SECRETARIO GENERAL

REGISTRO: 4229 FOLIO: 247

00691

THOMAS GREG & SONS

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA

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 09 de diciembre del año 2009, según consta en el Acta No. 930, y Acuerdo No. 10089 de la misma fecha, estudió y aprobó la solicitud del aspirante a grado, alumno (a)

LUIS ANGEL BUELVAS DIAZ
C.C. 1.032.374.900 de Bogotá D.C.

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 título de:

MÉDICO CIRUJANO

En ceremonia solemne del día 26 de enero del año 2010, se le hace entrega del diploma No. 00691, el cual aparece registrado con el No. 4229, al folio 247, del libro de registro de títulos de la Universidad, correspondiente al año 2010.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de Acta de grado, en Bogotá, D. C., a los veintiséis (26) días del mes de enero del año dos mil diez (2010).

JAIME ESCOBAR TRIANA
RECTOR

LUIS ARTURO RODRIGUEZ BUITRAGO
SECRETARIO GENERAL

Bogotá D.C

Señores:

Universidad El Bosque

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Luis Angel Buelvas Diaz 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:

Médico Cirujano

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Luis Angel Buelvas Diaz

No. de documento: 1032374900

Tarjeta profesional No: 86 181/2010

Dirección de contacto: Cll 152A #46 - 15 apto 504

Teléfono: 3132101871

E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNÁNDEZ
Manos abiertas al servicio de su salud

Unidad Funcional de Recursos Humanos

Mocoa, 24 de enero de 2011

EL COORDINADOR DE LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

CERTIFICA

Que el doctor LUIS ANGEL BUELVAS DIAZ identificado con el número de cédula 1.032.374.900 expedida en Bogota (C) laboró en la empresa, a partir del 1 de febrero de 2010 al 31 de julio de 2010, se desempeñó como Médico en Servicio Social Obligatorio con una asignación mensual de $3.794.700 pesos.

Se expide a solicitud del interesado y es válida para certificar tiempo de experiencia

GUIDO ALFREDO GARZON VITERY

Digitó: Jaime Trejos

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL ORITO
NIT: 846000474-7

LA JEFE DE RECURSO HUMANO
DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE ORITO

C E R T I F I C A:

Que, el Profesional LUIS ANGEL BUELVAS DIAZ, identificado con cedula de ciudadanía No. 1032374900 de Bogotá Cundinamarca, prestó sus servicios como contratista en la E.S.E HOSPITAL DE ORITO, realizando actividades como Medico General, mediante contrato de servicios suscrito durante 9 agosto al 30 noviembre del 2010.

Se expide a solicitud del interesado(a), hoy tres (3) de febrero del 2011. Válida para soportar hoja de vida.

Oficina RECURSO HUMANO

ANA E. CAICEDO CAICEDO
Jefe Recurso Humano

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Empresa Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que reposa en la oficina de contratación – OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, el señor **LUIS ANGEL BUELVAS DIAZ**, identificado con C.C. No. 1.032.374.900, presta sus servicios en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

AS966/2011	del	19	de abril al 30 de junio de 2011
AS1182/2011	del	5	de julio al 30 de septiembre de 2011
AS2758/2011	del	10	al 31 de octubre de 2011
AS 3514 2011	del	11	de noviembre al 31 de diciembre de 2012
AS 662 2012	del	10	de enero al 30 de septiembre de 2012
AS 3394 2012	del	14	al 30 de noviembre de 2012
AS 4149 2012	del	26	al 31 de diciembre de 2012
AS 661 2013	del	01	de enero al 30 de junio de 2013
AS 2171 2013	del	01	de julio al 31 de agosto de 2013
AS 3228 2013	del	03	al 24 de septiembre de 2013
AS 3483 2013	del	25	al 30 de septiembre de 2013
AS 4084 2013	del	07	al 31 de octubre de 2013
AS 5060 2013	del	20	de noviembre al 31 de diciembre de 2013
AS 0743 2014	del	02	de enero al 31 de mayo de 2014
AS 1919 2014	del	03	de junio al 31 de agosto de 2014
AS 3322 2014	del	01	de septiembre al 31 de octubre de 2014
AS 4397 2014	del	01	al 30 de noviembre de 2014
AS 5298 2014	del	30	al 31 de diciembre de 2014
AS 0473 2015	del	02	de enero al 28 de febrero de 2015
AS 1199 2015	del	04	de marzo al 31 de agosto de 2015
AS 2330 2015	del	07	al 30 de septiembre de 2015
AS 2884 2015	del	14	al 31 de octubre de 2015
AS 3266 2015	del	06	al 30 de noviembre de 2015
AS 4122 2015	del	01	al 31 de diciembre de 2015
AS 0469 2016	del	01	de septiembre de 2016 al 09 de enero de 2017
PS-1071-2017	del	10	de enero al 31 de julio de 2017

Con contrato actual PS-1071-2017 y plazo de ejecución del 10 de enero al 31 de julio de 2017; y honorarios promedio mensuales de ($3.168.000),

OBJETO
PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE PROFESIONAL EN MEDICINA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:
1. Realizar examen, evaluación, diagnóstico y tratamiento médico de los pacientes que requieran la atención. 2. Diligenciar en forma adecuada la historia clínica y toda la documentación requerida para la atención eficaz del paciente de acuerdo a la resolución 1995 de 1999 y anexos reglamentarios. 3. Realizar procedimientos médicos del servicio asignado y controlar los pacientes bajo su cuidado. 4. Controlar y manejar complicaciones médicas si las hubiese. 5. Concertar agendas de acuerdo al número de horas solicitadas en la Orden de prestación de servicios. 6. Instruir a la comunidad sobre la promoción y prevención de las

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.032.374.900**

BUELVAS DIAZ

APELLIDOS

LUIS ANGEL

NOMBRES



FIRMA

COMO NOTARIA SETENTA Y SIETE DEL CIRCULO DE BOGOTÁ, D.C. HAGO CONSTAR QUE ESTA FOTOCOPIA COINCIDE CON SU ORIGINAL.

27 ABR 2012

NOTARIA SETENTA Y SIETE DE TURBAY



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-NOV-1986**

ORITO
(PUTUMAYO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-NOV-2004 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

COPIA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

A-1500150-00203587-M-1032374900-20091216 0019119725A 2 1520513854

NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14327805187

(415)7707212489984(8020) 000001432780518 7

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

IDENTIFICACION

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

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
BUELVAS	DIAZ	LUIS	ANGEL

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
CL 152 A 46 15 AP 504 BL 1 AGP MAZUREN

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
luchobd86@hotmail.com		3 8 7 3 8 6 7	3 1 3 2 1 0 1 8 7 1

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2
8 6 2 1	2 0 1 0 0 1 2 6	8 5 5 1	2 0 1 3 1 0 0 9			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 5 0 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 BUELVAS DIAZ LUIS ANGEL
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 26-05-2016
Hora: 3:42:03 PM

CONTRIBUYENTE CC 1032374900 LUIS ANGEL BUELVAS DIAZ

Información

Dirección	CL 152A 46 15 AP 504 BL1
Teléfonos	3873867-3132101871
Dirección	luchobd86@hotmail.com
Fax	0

Información de

Fecha Inscripción	26/05/2016
Soporte Inscripción	13574603
Fecha Inicio Actividades	26/01/2010
# Establecimientos:	0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica	PERSONA NATURAL
Régimen Tributario	REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86211-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase



NÚMERO 1032374900

APELLIDOS Y NOMBRES

BUELVAS DIAZ

LUIS ANGEL

PERTENECE AL EJÉRCITO DE:

1ª LÍNEA 31 - DIC	2ª LÍNEA 31 - DIC	3ª LÍNEA 31 - DIC
2016	2026	2036

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP.: 05 JUN 2012

Ramses Mejía Castill
Oficial del Circuit
CDTE. DE DISTRITO
C.M. 76.330.371

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa.
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

3007176

EJ CYO 771

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACION UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden

Registro No.
86 181/2010

Profesión u Ocupación
MEDICO

Nombres y Apellidos
BUELVAS DIAZ LUIS ANGEL

C.C. o C.E.
CC 1032374900

De
BOGOTÁ, D.C.

Institución de Educación
E.COL.MEDICINA

Ciudad
BOGOTÁ, D.C.

Código
66325/11

Fecha de Expedición
21/02/11

FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.

E.S.E. HOSPITAL JOSE MARIA HERNÁNDEZ
Manos abiertas al servicio de su salud

Unidad Funcional de Recursos Humanos

Mocoa, 24 de enero de 2011

EL COORDINADOR DE LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

CERTIFICA

Que el doctor LUIS ANGEL BUELVAS DIAZ identificado con el número de cédula 1.032.374.900 expedida en Bogota (C) laboró en la empresa, a partir del 1 de febrero de 2010 al 31 de julio de 2010, se desempeñó como Médico en Servicio Social Obligatorio con una asignación mensual de $3.794.700 pesos.

Se expide a solicitud del interesado y es válida para certificar tiempo de experiencia

GUIDO ALFREDO GARZON VITERY

Digitó: Jaime Trejos

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Empresa Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que reposa en la oficina de contratación – OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, el señor **LUIS ANGEL BUELVAS DIAZ**, identificado con C.C. No. 1.032.374.900, presta sus servicios en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

AS966/2011	del	19	de abril al 30 de junio de 2011
AS1182/2011	del	5	de julio al 30 de septiembre de 2011
AS2758/2011	del	10	al 31 de octubre de 2011
AS 3514 2011	del	11	de noviembre al 31 de diciembre de 2012
AS 662 2012	del	10	de enero al 30 de septiembre de 2012
AS 3394 2012	del	14	al 30 de noviembre de 2012
AS 4149 2012	del	26	al 31 de diciembre de 2012
AS 661 2013	del	01	de enero al 30 de junio de 2013
AS 2171 2013	del	01	de julio al 31 de agosto de 2013
AS 3228 2013	del	03	al 24 de septiembre de 2013
AS 3483 2013	del	25	al 30 de septiembre de 2013
AS 4084 2013	del	07	al 31 de octubre de 2013
AS 5060 2013	del	20	de noviembre al 31 de diciembre de 2013
AS 0743 2014	del	02	de enero al 31 de mayo de 2014
AS 1919 2014	del	03	de junio al 31 de agosto de 2014
AS 3322 2014	del	01	de septiembre al 31 de octubre de 2014
AS 4397 2014	del	01	al 30 de noviembre de 2014
AS 5298 2014	del	30	al 31 de diciembre de 2014
AS 0473 2015	del	02	de enero al 28 de febrero de 2015
AS 1199 2015	del	04	de marzo al 31 de agosto de 2015
AS 2330 2015	del	07	al 30 de septiembre de 2015
AS 2884 2015	del	14	al 31 de octubre de 2015
AS 3266 2015	del	06	al 30 de noviembre de 2015
AS 4122 2015	del	01	al 31 de diciembre de 2015
AS 0469 2016	del	01	de septiembre de 2016 al 09 de enero de 2017
PS-1071-2017	del	10	de enero al 31 de julio de 2017

Con contrato actual PS-1071-2017 y plazo de ejecución del 10 de enero al 31 de julio de 2017; y honorarios promedio mensuales de ($3.168.000),

OBJETO
PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE PROFESIONAL EN MEDICINA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIONES ESPECIFICAS:
1. Realizar examen, evaluación, diagnóstico y tratamiento médico de los pacientes que requieran la atención. 2. Diligenciar en forma adecuada la historia clínica y toda la documentación requerida para la atención eficaz del paciente de acuerdo a la resolución 1995 de 1999 y anexos reglamentarios. 3. Realizar procedimientos médicos del servicio asignado y controlar los pacientes bajo su cuidado. 4. Controlar y manejar complicaciones médicas si las hubiese. 5. Concertar agendas de acuerdo al número de horas solicitadas en la Orden de prestación de servicios. 6. Instruir a la comunidad sobre la promoción y prevención de las

DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL ORITO
NIT: 846000474-7

LA JEFE DE RECURSO HUMANO
DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE ORITO

C E R T I F I C A:

Que, el Profesional LUIS ANGEL BUELVAS DIAZ, identificado con cedula de ciudadanía No. 1032374900 de Bogotá Cundinamarca, prestó sus servicios como contratista en la E.S.E HOSPITAL DE ORITO, realizando actividades como Medico General, mediante contrato de servicios suscrito durante 9 agosto al 30 noviembre del 2010.

Se expide a solicitud del interesado(a), hoy tres (3) de febrero del 2011. Válida para soportar hoja de vida.

Oficina RECURSO HUMANO

ANA E. CAICEDO CAICEDO
Jefe Recurso Humano

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION



LUIS ANGEL
BUELVAS DIAZ

C.C. 1032374900

MEDICO(A)

Expedicion 13/01/2011

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

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

1032374900

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Tribunal Nacional de Etica Médica

Ley 23/81 - Artículo 63

C-1112

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

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 doctor **LUIS ANGEL BUELVAS DIAZ,** identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.032.374.900 de Bogotá y resolución No. 86 00181/2010 de la Secretaría de Salud Departamental del Putumayo, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Se aclara que por ser este un Tribunal de Segunda Instancia, la información anterior no incluye la totalidad de la que se halla contenida en los Tribunales Seccionales.

Dada en Bogotá, D. C., a los dos (02) días del mes de junio (2018)

FRANCISCO JAVIER HENAO PEREZ
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

Calle 147 No. 19-50 Oficina 32 Centro Comercial Futura Tels. 6279983-6279975 Fax 6279587 Bogotá D. C.
E-Mail tnetmed@outlook.com

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
LABORATORIO CLINICO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

8228244

Orden No:	**8228244**	Fecha de ingreso:	22-Aug-2018 7:30 am
Paciente:	**BUELVAS LUIS ANGEL**	Fecha de impresion:	28/09/2018
Documento Id:	CC 1032374900	Edad:	31 Años 9 meses 12 dias Sexo M
E.P.S:	HOS-USAQUEN	Telefono:	3132101871
Sede:	USAQUEN	Cama:	
Servicio:	CONSULTA EXTERNA.	Procedencia:	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

ANEXOS

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN

90302928

Nombre	**BUELVAS DIAZ LUIS ANGEL**		
Identificacion	CC 1032374900	Tel.	
Edad	31 Años 4 Meses 13 Dias	Sexo	M
Medico	MEDICOS VARIOS		
No. Ordenamiento	#228244		

Fecha de recepcion:	03-sep-2018 1:40 pm
Fecha de impresion:	13-sep-2018 3:59 pm
Empresa	ANALISIS TECNICOS LTDA
Sede	REFERENCIA
Fecha Validacion	03-sep-2018 5:22:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	936.0	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml
Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml

Evolucionamos como la vida

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento

DATOS DEL PACIENTE. Bogotá D.C, 20/dic./2016 09:56 am

Nombres: LUIS ANGEL BUELVAS DIAZ
Tipo de Documento: CC **Documento** 1032374900
Sexo: M **F. Nacimiento**: 10/nov./1986 **Edad**: 30.1 años
Entidad: HOSPITAL EL TUNAL ESE **Cargo:** MEDICO



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

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

1	APTO (A) Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	Si	X	NO	
2	APTO (A)CON RESTRICCIONES QUE NO IMPIDEN SU DESEMPEÑO	Si		NO	
3	APTO CON PATOLOGIAS QUE PUEDEN AGRAVARSE CON EL TRABAJO	SI		NO	
4	CON RESTRICCIONES TEMPORALES PARA EL CARGO (APLAZADO)	Si		NO	
5	CON RESTRICCION ABSOLUTA PARA EL CARGO	Si		NO	
6	APTO (A) PARA MANIPULACIÒN DE ALIMENTOS	Si		NO	

Tipo de Restricciones ó Limitaciones: NO

Recomendaciones:

	Evitar sobrecargas mayores a 25 Kg.
	Acudir a consulta médica en su EPS para manejo y control por:
X	Nutricionales - Cambios de estilo de Vida
	Valoración o control Optométrico
	Otras: USO DE CORRECCIÓN OPTICA, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGUERIDAD, PAUSAS ACTIVAS Y ESTIRAMIENTO.

Requiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica											**SÍ**
C.VISUAL	X	C.AUDITIVO		ERGONOMICO		CONTROL PESO		CARDIOVASCULAR			
RIESGO QUIMICO				PREVENCION ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES							

Exámenes Realizados:

Medico	X	Osteomuscular énfasis Espalda			Condición Visual		X	Audiometría			
Espirometría		Psicométrico	Frotis Garganta		KOH	RH		Coprológico		P. de O	
Glucosa		Hemograma	Serología		P. Alcohol	Drogas		Baciloscopia (BK)			
E.K.G.		Vacuna Tétanos			Perfil Lipidico						
Otros:											

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera. Cualquier omision o falsedad sera causa justa de finalizacion del contrato.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): MANUEL CASTELLANOS
Bogotá D.C, 20/dic/2016 09:56 am

Enrique Castellanos Buc.
E.S. Ocupacional
Lic. No. 2427
R.M. 10862 S.S.I

R.M.
Esp. Salud Ocupacional

Luis Angel Buelvas
Firma Examinado
C.C. No
1032374900 Bta

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:

LUIS ANGEL BUELVAS DIAZ

C.C.: 1032374900

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) días 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 Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

SALAMANDRA®
Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias & Emergencias

Luis Ángel Buelvas Díaz

SALAMANDRA, Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias y Emergencias

Le extiende la presente:

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

del curso

"ADVANCED CARDIAC LIFE SUPPORT"
(Reanimación Cardiopulmonar Avanzado)

Realizado en la ciudad de Bogotá, los días 14, 15 y 16 de Diciembre de 2017,
a través de la Fundación Salamandra.
El curso sigue los lineamientos establecidos por la ***American Heart Association*** y la ***InterAmerican Heart Foundation***, organismos a los cuales está afiliado el Consejo Nacional de Resucitación.

Agradecemos su participación y entusiasmo, los cuales realizan la calidad del curso.

Dr. Laureano Quintero Barrera
Instructor BLS – ACLS
AHA – FIC – CNR
Director Científico

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:	2018-12-12	CIUDAD:	BOGOTA D.C	DEPARTAMENTO:	BOGOTA D.C

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:
		X			

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
BUELVAS	DIAZ	LUIS	ANGEL		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1032374900	BOGOTA D.C	2004-11-26

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1986-11-10	ORITO/PUTUMAYO	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) X DIVORCIADO(☐ UNIÓN LIBRE ☐ O(A)	3	2	3132101871

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 152A # 46-15	BOGOTA D.C	BOGOTA D.C	COLOMBIANO	3132101871

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
luisangelbd@gmail.com	NO	PROPIA X	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
NO	N/A	N/A	N/A	N/A

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ALBA	PEREZ	LADY	SMITH

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. X	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1098615312	BUCARAMANGA/SANTANDER	2004-06-07	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL: ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X NO ☐	NACIONALIDAD:	COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA				CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI X	IVA	SI ☐	NO X	86211	
	NO ☐	ICA	SI X	NO ☐	PRINCIPAL: X	SECUNDARIA: ☐

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

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 USS SANTA CLARA

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA								# NIT	
	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒	☐					
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ERGETICA	FIN ☐ IERA	TRANSPORTE	TEC ☐ OG ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐	☐	
OTRA ☐	CUAL: ☒								

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cra. 14b #1-45 sur	3444484	BOGOTA D.C	BOGOTA D.C	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	MÉDICO GENERAL	FECHA VINCULACION	19/ABRIL/2011

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	$ 4.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	$ 145.000.000
HONORARIOS	$ 10.000.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	$ 17.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	$ 73.000.000	DEUDA VEHICULOS	$ 46.000.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	$ 1.600.000	PROPIEDADES	$ 280.000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 2.500.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	$ 36.000.000
TOTAL INGRESOS	**$ 10.000.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 8.100.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 353.000.000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 244.000.000**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
			CREDITO DE CONSUMO COMEDAL

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
ALBA	**PEREZ**	**DIANA**	**PATRICIA**
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
	PUERTO GAITAN/META	**CUÑADA**	**(313) 886-4818**

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DE BOGOTA	**CUENTA DE AHORROS**	**102617180**	**BOGOTA D.C**	**2337770**

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:

IMPORTACIO ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS P ☐ TAMOS PA ☐ ERVICIOS OTRA ☐ **CUAL:**

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

ACTIVIDADES COMO MÉDICO GENERAL DE URGENCIAS

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

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad 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 , estadísticas, 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, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En 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 Título 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

Luis Angel Buelvas Diaz

Firma Cliente / Representante Legal



HUELLA 1

X. INFORMACION DE ENTREVISTA			
1.Fecha		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION			
1. Fecha		**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:			

4. Lugar de la Entrevista:	
5. Observaciones:	
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐ RECHAZADO ☐
7. Firma y Cédula	

4. Lugar de la verificación:	
5. Observaciones:	
6. Firma y cédula:	

NIT - 805000427

CERTIFICADO DE AFILIACION A COOMEVA EPS

(NO VALIDO PARA MOVILIDAD EN EL SGSSS

USO DE SERVICIOS MÉDICOS NI PARA PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS)

El afiliado LUIS ANGEL BUELVAS DIAZ identificado con CC-1032374900 está vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Contributivo por intermedio de COOMEVA EPS S.A en calidad de COTIZANTE CABEZA DE FAMILIA y su estado actual es ACTIVO.

Reiteramos nuestra entera disposición para colaborar frente a cualquier inquietud que pueda presentarse en las líneas gratuitas: 01 8000 110 779 ó 01 8000 930 779.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el dia Diciembre 02 de 2018.

Cordialmente,

Director Nacional Ingresos

1032374900

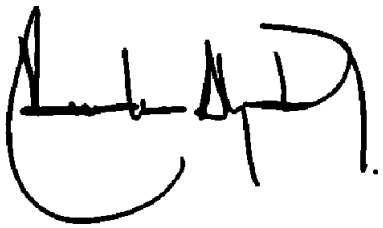
¡Gracias por contar con Coomeva, Coomeva cuenta con usted!

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **LUIS ANGEL BUELVAS DIAZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,032,374,900**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 05 días del mes de Diciembre de 2018.



_____
Gerente de Clientes

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1032374900	Sura
Numero de Documento	ARL

Luis	Angel	Buelvas	Diaz
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

10/11/1986	Ovito/Ptyo	cll 152A #46-15	7619144
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Coomeva	Porvenir	$ 3'000.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Médico General	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

luisangelbda@gmail.com	3132101871
Correo Electrónico	Celular

Luis Angel Buelvas Diaz	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 118679030

WEB
23:09:06

Bogotá DC, 02 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) LUIS ANGEL BUELVAS DIAZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1032374900:

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 domingo 02 de diciembre de 2018, a las 23:12:08, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1032374900
Código de Verificación	10323749001812022312O8

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. 2576615

Bogotá D.C., 2 de Diciembre de 2018 - 23:14 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) **LUIS ANGEL BUELVAS DIAZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL TREINTA Y DOS MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS** de BOGOTA D.C.

1032374900

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_UNAGX_1323
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 23:16:33 horas del 02/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1032374900**
Apellidos y Nombres: **BUELVAS DIAZ LUIS ANGEL**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

ISO 9001 ISO 14001 ISO/IEC 27001

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

Todos los derechos reservados.

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que BUELVAS DIAZ LUIS ANGEL identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1032374900 está vinculado con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

[ ]	Cuenta Corriente No.	*- //
[X]	Cuenta de Ahorros No.	102617180 abierta desde el 28/02/11
[ ]	Créditos hasta por valor de	$0.00

CONCEPTO: CUENTA ACTIVA Y VIGENTE A LA FECHA

Se expide en BOGOTA el día 19 del mes de Agosto del año 2018 con destino a HOSPITAL SANTA CLARA

Banco de Bogotá
OFICINA CIUDAD TUNAL-161

Firma Autorizada
161 Ciudad Tunal

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