Secretaría de Salud
Cabildo Distrital para los Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 06
FECHA: 2018-10-02

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		FECHA	17/12/2018	Nº FOLIOS	39
NOMBRE DEL CANDIDATO	Cristian Camilo Garcia carreño	DOCUMENTO:	80099991		
TELEFONO	3208331933	ACTIVIDAD SOLICITADA:	ENFERMERO		

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

	NECESIDAD DE PERSONAL OPS				
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL				
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI	☐	NO	☐

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI	X		
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI	X		
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI	X		
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	X		
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	X	N/A	☐
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	X	N/A	☐
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	X	NO	☐
8	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☐	N/A	X
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	X	N/A	☐
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI	☐	N/A	X
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	X		
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT) CÓDIGO CIIU: _____	SI	X		
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	X		
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	X	N/A	☐
15	TARJETA PROFESIONAL	SI	X	N/A	☐
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	X	N/A	☐
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	X	N/A	☐
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingeniería, Contaduría, Administración)	SI	X	N/A	☐
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (inactiva)	SI	X	N/A	☐
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	X		
21	CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00003280 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa)	SI	X	N/A	☐
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	☐	N/A	X
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGIA (Médico, Enfermera,Bacteriologo,Citotecnologo,Histotecnologo) Resolución 3280 de 2014	SI	☐	N/A	X
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI	☐	N/A	X
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI	X	N/A	☐
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	☐	N/A	X
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI	☐	N/A	X
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI	☐	N/A	X
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAFT) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI	X		
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: Famisanar	SI	X		
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Colpensiones	SI	X		
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: Seguros Bolivar	SI	X		
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	X		
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	X		
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	X		
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	X		
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI	X		

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V°B° Responsable Talento Humano		Fecha:	
V°B° Dirección Talento Humano		Fecha:	



Buscar contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado	
176347	PS 0839 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	1/10/2018 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	18 días para terminar *(12/15/2018 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	CRISTIAN CAMILO GARCIA CARREÑO	28,454,400 COP	Firmado	Detalle

OPCIONES

VER

Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS

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: 17-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CRISTIAN	CAMILO	GARCIA CARREÑO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80099991

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 80099991 D.M 1

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 6 MES SEP AÑO 1983

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARERRA 111 C # 80 - 20 INTERIOR 37 APARTAMENTO

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3208331933

EMAIL streckpto@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 OCTUBRE AÑO 2002
										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	10	X		ENFERMERO	7	2011	29266

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: 17-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*
HOSPITAL SANTA CLARA	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3282828	DIA 6 MES 12 AÑO 2011	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
ENFERMERO	URGENCIAS ADULTO	CRA 15 NUMERO 1 51 SUR

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	6	11
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

17 de Diciembre de 2018
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Cristian Garcia

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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: 16-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, GARCIA CARREÑO CRISTIAN CAMILO

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 80099991 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CARERRA 111 C # 80 - 20 INTERIOR 37 **Teléfonos** 3208331933 3208331933

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
EFRAIN GARCIA SANDOVAL	13835272	PADRE
FLOR MARIA CARREÑO CRISTANCHO	41751347	MADRE
RUBEN DARIO GARCIA CARREÑO	80172998	HERMANO(A)
JUAN SEBASTIAN GARCIA ESPINOSA	1001316075	HIJO(A)
LUNA GARCIA BARRETO	1016966887	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	$ 31.200.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 31.200.000,00

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	0102625514	BOGOTA	$ 1.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Cristian Camilo Garcia

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 16-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

Instituto Mayéutico

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.
según, Resolución No. 7443 del 13 de Noviembre de 1998

Confiere a:

Cristian Camilo García Carreño

C.C. 80.099.991 de Bogotá

el Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, (Artículo 28 Ley 115 de 1994);
según los planes y programas vigentes

Rectora

DIRECCIÓN

Secretario

SECRETARIA

INSTITUTO MAYEUTICO
Moral Ciencia Virtud

Anotado Folio No. 07 del Libro para Control Interno de Diplomas No. 011

Dado en Bogotá, D.C., a 22 de Noviembre de 2002

No requiere Registro de la Secretaría de Educación,
según Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994,
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995;
de la Presidencia de la República.

Visual Láser Ltda.

UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

EN ATENCIÓN A QUE:

CRISTIAN CAMILO GARCÍA CARREÑO

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 80.099.991 EXPEDIDA EN BOGOTA D.C.

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

ENFERMERO

DADO EN BOGOTÁ D.C., REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL DÍA 26 DE JULIO DE 2011

RECTOR

PRESIDENTE DEL CLAUSTRO

PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

DECANO

SECRETARIO GENERAL

sonería Jurídica Resolución No. 11153 del 4 de agosto de 1978 expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

06403

THOMAS GRAG & SONS

Registro 6105 Folio 358

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUTO MAYEUTICO

CARRERA 109 A No. 80-05
TELEFONOS 2284569 4333710
BOGOTA, D.C.

Inscripción S.E. 3503 *Inscripción Dane 311265001152*

En la Ciudad de Bogotá, D.C., a los veintidós (22) días del mes de Noviembre de 2002, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rectora y Secretario en la Rectoría del ***INSTITUTO MAYEUTICO****, institución aprobada en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO, según Resolución No. 7443 del 13 de Noviembre de 1998.*

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media académica, se procedió a otorgar el Título de ***BACHILLER ACADEMICO****, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:*

Cristian Camilo García Carreño
C.C. 80.099.991 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 011 del 22 de Noviembre de 2002, consta de 19 alumnos; comienza con el nombre de AGUILLON MARTINEZ HAWRISON y termina con el nombre de WILCHES MORENO PAULA CATALINA. Firmada por ***ESTHER GARCIA DE SUAREZ*** *(Rectora) y* ***CARLOS ERNESTO SUAREZ ARENAS*** *(Secretario).*

Dada en Bogotá, D.C., a los veintidós (22) días del mes de Noviembre de 2002.

No requiere Registro de la Secretaría de Educación según, Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995; de la Presidencia de la República.

ESTHER GARCIA DE SUAREZ
Rectora
C.C. 41.350.622 de Bogotá

CARLOS ERNESTO SUAREZ ARENAS
Secretario
C.C. 17.182.060 de Bogotá

VISUAL LASER
3686850 3686851

COMO NOTARIO SEXTO DEL CIRCULO DE SANTAFE DE
BOGOTA, HAGO CONSTAR QUE LA(S) FIRMA(S) DE
Esther García de Suarez
y Carlos Ernesto Suarez.
Arenas
COINCIDE(N) CON LA FIRMA REGISTRADA POR
EL (ELLOS) EN ESTA NOTARIA
SANTAFE DE BOGOTA, 31 ENE. 2003

CODEX JURIS CIVILIS

REPUBLICA DE COLOMBIA
Juan Manuel Santos Calderón
Notario Sexto
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

NOTARÍA 69 DE BOGOTÁ

AUTENTICACIÓN CON FIRMA REGISTRADA

El (La) suscrito (a) Notario (a) certifica que la firma de:

ESCOBAR ROA CARLOS FELIPE

con C.C. No. 79521534

que aparece en el presente documento, corresponde a la que se encuentra registrada en ésta Notaría. Previa confrontación de las dos.

Bogotá D.C. 26/07/2011 a las 07:50:20 a.m.

miuhyun7hj6mh6yy

2

María Margarita Ardila Jacome
Notaria 69 (E) Bogotá D.C.

NOTARÍA 69 DE BOGOTÁ

AUTENTICACIÓN CON FIRMA REGISTRADA

El (La) suscrito (a) Notario (a) certifica que la firma de:

RODRIGUEZ BUITRAGO LUIS ARTURO

con C.C. No. 19358945

que aparece en el presente documento, corresponde a la que se encuentra registrada en ésta Notaría. Previa confrontación de las dos.

Bogotá D.C. 26/07/2011 a las 07:59:30 a.m.

91lpq10pozkaok99

2

María Margarita Ardila Jacome
Notaria 69 (E) Bogotá D.C.

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

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 13 de julio del año 2011, según consta en el Acta No. 965 y Acuerdo No. 10715 de la misma fecha, estudió y aprobó la solicitud del aspirante a grado, alumno (a)

CRISTIAN CAMILO GARCIA CARREÑO
C.C. 80.099.991 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:

ENFERMERO

En ceremonia solemne del día 26 de julio del año 2011, se le hace entrega del diploma No.06403, el cual aparece registrado con el No. 6105, al folio 358 del libro de registro de títulos de la Universidad, correspondiente al año 2011.

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 julio del año dos mil once (2011).

CARLOS FELIPE ESCOBAR ROA
RECTOR

LUIS ARTURO RODRÍGUEZ BUITRAGO
SECRETARIO GENERAL

085053

Infundiendo
Confianza
Colleague

CONSTANCIA DE ENTRENAMIENTO

A Nombre de

Cristian Camilo Garcia

En reconocimiento a la participación en la capacitación de

Colleague CXE Cambios y Manejo

Colombia, 2012

Johans H.

Entrenador Certificado en Colleague CXE 001

Baxter

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

HOSPITAL SANTA CLARA E.S.E TERCER NIVEL DE ATENCION.

SERVICIO TRANSFUSIONAL

Hace constar que:

CRISTIAN CAMILO GARCÍA CARREÑO

participo en la capacitación en:

PROCESOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA TRANSFUSIÓN

Que incluyo las siguientes actividades: Generalidades servicio transfusional, Solicitud de hemocomponentes: Pruebas cruzadas y reservas, diligenciamiento formularios de transfusión, diligenciamiento lista de chequeo pretaransfusión, devolución de hemocomponentes transfundidos al servicio de transfusión, protocolo reacción transfusional, transporte de hemocomponentes, registro historia clínica, administración hemocomponente.

Esta certificación se firma a los 26(Veintiséis) días del mes de Octubre de 2015

LUZ NELLY CAMACHO ZEA
Formadora

NUBIA INES VARELA MORATO
Líder Asistencial

BOGOTÁ HUMANA

Scanned by CamScanner

FORMATO AUTORIZACION DE CONSULTA TITULOS ACADEMICOS

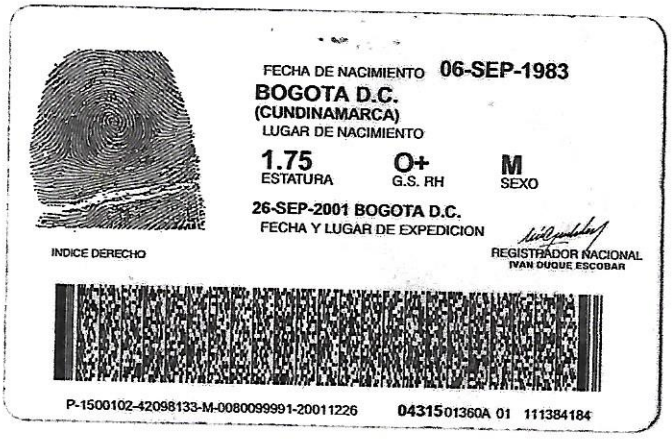
Yo Cristian Camilo García Carreño identificado con Cedula de Ciudadanía número 80099991 de Bogotá autorizo a la Sub Red Centro Oriente para la consulta de títulos académicos obtenidos durante mi formación profesional

Cristian Camilo Garcia

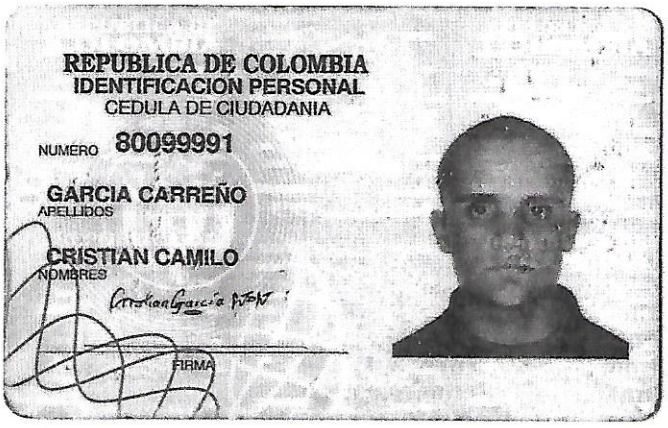
Firma

27 DE NOVIEMBRE 2018

FECHA



FECHA DE NACIMIENTO 06-SEP-1983
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
26-SEP-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR
INDICE DERECHO
P-1500102-42098133-M-0080099991-20011226 04315 01360A 01 111384184



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 80099991
GARCIA CARREÑO
APELLIDOS
CRISTIAN CAMILO
NOMBRES
FIRMA

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 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14208656038

(415)7707212489984(8020) 000001420865603 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 9 9 9 9 1	0	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	8 0 0 9 9 9 9 1	2 0 0 1 0 9 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
GARCIA	CARREÑO	CRISTIAN	CAMILO

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 111 C 80 20 IN 37 AP 301 BRR CIUDADELA COLSUBSIDIO

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
streckpto@gmail.com		4 3 3 4 2 9 0	3 2 0 8 3 3 1 9 3 3

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 9 2	2 0 1 1 1 0 2 0						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	2	0																								

20- Obtención NIT

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 2 1 2 2 5

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 MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA
985. Cargo: Gestor II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
SECRETARIA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 19-08-2016
Hora: 11:57:30 AM

CONTRIBUYENTE NIT 80099991-0 CRISTIAN CAMILO GARCIA CARREÑO

Información General

Dirección CR 111C 80 20 IN 37 AP 301

Teléfonos 4334290-3208331933

Dirección electrónica streckpto@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 20/10/2011

Soporte Inscripción 18366708

Fecha Inicio Actividades 20/10/2011

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001068934

Fuente ICA TE TOCA

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

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

80099991

GARCIA CARREÑO
CRISTIAN CAMILO

PERTENECE AL EJERCITO DE:

1A. LINEA 31 - DIC. 2013
2A. LINEA 31 - DIC. 2023
3A. LINEA 31 - DIC. 2033

PROFESION BACHILLER

FECHA EXPEDICION 25-AGO-2004



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
   - Tomar posesión de los empleos públicos o privados
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
   - Registrar título como profesional y ejercer la profesión
   - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
   - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad

2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

CT. JUAN MANUEL CABRERA PAB 0715230

Comandante de Zona

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



REGISTRADO

NOMBRE CRISTIAN C. GARCIA CARREÑO

C.C. 80.099.991 BOGOTA

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

RUN No. 29266
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)

EXPEDIDO 23/SEP/2011

FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 23/SEP/2021

No. 29500

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C

RESOLUCION No 29266 de SEPTIEMBRE 23 DE 2011
Por la cual se expide el Registro Único Profesional de Enfermería

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, en uso de las facultades que le confiere el Capítulo V, artículos 13,14 y 15 de la Ley 266 de 1996,

CONSIDERANDO

A) Que, CRISTIAN CAMILO GARCIA CARREÑO Identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 80.099.991, expedida en BOGOTA, ha solicitado a esta Asociación se le expida su Registro Único Nacional para ejercer la profesión de enfermería en Colombia y su Inscripción como Enfermera(o) Registrada(o).

B) La (Él) peticionaria (o) presentó: fotocopia de la cédula de ciudadanía, original del recibo de pago de los derechos de la expedición del Registro y Tarjeta Profesional, fotocopia del título otorgado por la UNIVERSIDAD EL BOSQUE de BOGOTÁ, expedido el 26 del mes JULIO de 2011, con lo cual se reúnen los requisitos legales para otorgarle el Registro Único Nacional.

C) LA ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA ANEC, en uso de las atribuciones que le concede la Ley 266 de 1996, en especial el artículo 14, de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada, según acta número 451 del 23 de SEPTIEMBRE de 2.011.

RESUELVE

Artículo Único. Reconocer como en efecto se hace con el presente acto, la calidad de Enfermera(o) a CRISTIAN CAMILO GARCIA CARREÑO, al tenor de los artículos 13 y 14 de la Ley 266 de 1996, otorgar el Registro como Profesional de Enfermería No 29266, su Inscripción en el libro correspondiente y expedir la Tarjeta Profesional que acredita la calidad de la Enfermera (o).

Parágrafo: La documentación aportada por el solicitante, en el caso de no ser consistente con la realidad, el Registro y la Tarjeta aquí promulgados, serán anulados oficiosamente, sin perjuicio de las acciones judiciales pertinentes.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en la oficina de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, a los 23 días del mes de SEPTIEMBRE de 2011 en Bogotá, D.C.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 8984 *de* 06/09/2011

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

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

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) GARCIA CARREÑO CRISTIAN CAMILO Identificado(a) con CC número 80099991 expedida en BOGOTA D,C ha solicitado autorización del ejercicio profesional como ENFERMERO(A), según título que le otorgó la LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE el día 26/07/2011, acta de grado Nro. 965, Diploma Nro. 6403 y registrado en el libro 6105 Folio 358 año 2011.

Que de conformidad con la Resolución 1058 de 2010, Resolución No 02240 de 14 de junio de 2011 del MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, por medio de la cual autoriza la realización del sorteo de asignación de plazas de Servicio Social Obligatorio, el cual se realizo el día 22/07/2011.

Que el(la) señor(a)GARCIA CARREÑO CRISTIAN CAMILO ,no salió favorecido(a) con una plaza para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio y que de acuerdo a lo dispuesto en las normas anteriormente citadas, la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C., debe autorizarle el ejercicio profesional como ENFERMERO(A).

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a GARCIA CARREÑO CRISTIAN CAMILO identificado(a) con CC número 80099991 expedida en BOGOTA D,C para ejercer la profesión de ENFERMERO(A) en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

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

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 06/09/2011

ORIGINAL FIRMADO POR
BEATRIZ HELENA GUERRERO AFRICANI

BEATRIZ HELENA GUERRERO AFRICANI
Directora de Desarrollo de Servicios (E).

Aprobó : Isabel Cristina Artunduaga.
Revisó : Yudy Rodríguez/Sandra Charry.
Elaboró : Víctor Sánchez.

Bogotá, D.C 15 Septiembre 2011
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Cristian Garcia
CC. #. 80.099.995 BTA
Firma

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 *

80099991

Primer Nombre *

CRISTIAN

Primer Apellido *

GARCIA

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-11-27→4:45:36 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	80099991	CRISTIAN	CAMILO	GARCIA	CARRENO	Ver

Información Detallada [CC: 80099991] CRISTIAN CAMILO GARCIA CARRENO

2018-11-27→4:45:36 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Enfermería	0001/1/01	ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

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).

HACE CONSTAR QUE:

El enfermero **CRISTIAN CAMILO GARCÍA CARREÑO** identificado con la cédula de ciudadanía número 80.099.991, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veintisiete (27) días del mes de noviembre del año dos mil diecisiete (2017).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
9 m>	Sarampión		
TRIVIRAL	Paperas		
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1ª Dosis	01 SEP 2007	AHBVB234BA Z66H03
	2ª Dosis	03 OCT 2007	Z66H03
	3ª Dosis	09 NOV 2007	Z66H03
	Refuerzo	01 SEP 2008	J = AHBVB527AEMSI - DR

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
TETANO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA LOTE Nº (Válida por 10 años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
Neumococo Conjugado	1ª		
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Neumo. Polisacárido	1ª		
	Refuerzo		
Hepatitis A	1ª		
	2ª		
Varicela	1ª		
	2ª		
Influenza (Gripe)	1ª		
	2ª		
	3ª		

ESQUEMA ANTIRRABICO

	Nº DOSIS	Nº DIA	FECHA	FIRMA
POST-EXPOSICION	1ª	0		
	2ª	3		
	3ª	7		
	4ª	14		
	5ª	28		
RRE-EXPOSICION	1ª	0		
	2ª	7		
	3ª	28		
	Refuerzo	1 año		
	Refuerzo	3 años		

OTRAS	Prueba de Tuberculina	1ª Dosis
		2ª Dosis
		3ª Dosis
	Gamaglobulina	
	Suero Antiofídico	
	Suero Antirrábico	

Anotaciones Especiales:

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá, D.C.
S. A. M. U.

Teléfono: 428 1111 Ext. 101 y 142 Bogotá
www.cruzrojacundinamarca.org.co

CARNET DE VACUNACION NACIONAL

NOMBRE Cristian Camilo Garcia

FECHA DE NACIMIENTO 6 Sep/83 SEXO M

TELEFONO 4.33-42-90

Sv004

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA Y LABORATORIO INFORME DE LABORATORIO

Paciente:	**GARIA CARREÑO, CRISTIAN CAMILO**	**Fecha de Proceso:**	2018/05/12 07:56
Identificacion:	**CEDULA DE CIUDADANIA: 80099991**	**Fecha Impresión:**	2018/12/16 13:38
Edad:	34 Años Sexo: masculino	**Teléfono:**	3208331933
Habitación:		**Centro Solicitante:**	Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá
Convenio:	LIBERTY SEGUROS S.A.	**Ambito:**	Ambulatorio
Medico Tratante:	GARCIA GONZALO	**Cod. Cliente:**	
Medico Solicitante:			

05120130

ESTUDIO STUDY	RESULTADO RESULT	UNIDADES UNITS	RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA BIOLOGICAL REFERENCE RANGE
HEPATITIS B, ANTIGENO DE SUPERFICIE (AG HBS) (HEPATITIS B SURFACE ANTIGEN)	1016,14		

RANGO BIOLOGICO DE REFERENCIA: NO REACTIVO MENOR DE 1,00 (NON REACTIVE < 1,00)
REACTIVO MAYOR O IGUAL A 1,00(REACTIVE >= 1,00)

METODOLOGÍA (METHOD): INMUNOANÁLISIS QUIMIOLUMINISCENTE DE MICROPARTÍCULAS (CMIA)(CHEMILUMINESCENT MICROPARTICLE IMMUNOASSAY)

BACTERIÓLOGA: DIANA IVETTE CASTAÑEDA ACOSTA REGISTRO 51976873 TOMA MUESTRA: 12/05/2018 08:00 VALIDACION: 12/05/2018 18:18

Reporte de informe de examen físico ocupacional

El siguiente documento se expide a solicitud del asegurado con el fin de garantizar el adecuado estado físico y mental para minimizar los riesgos ocupacionales a los cuales se está expuesto por la labor realizada.

Fecha: 19 de noviembre 2016

Asegurado: Cristian Camilo Garcia Carreño

Identificación: 80099991

Motivo del examen: actualización de documentos para ingreso o actualización laboral

Labor a realizar: Enfermero servicio urgencias hospital alta complejidad

Antecedentes:

Enfermedades laborales: niega

Exposiciones biológicas: niega

Quirúrgicos:

1. Herniorrafia bilateral inguinal en octubre de 1983 la cual no representa gravedad ni complicaciones a largo plazo.
2. Laparotomía exploratoria con cicatriz en región hipogástrica, por trauma cerrado de abdomen con contusión de segmento de colon sigmoide en noviembre de 1994.
3. Reducción cerrada de radio y cubito derecho en junio de 1998.
4. Reducción cerrada de clavícula izquierda en noviembre de 1999.
5. Reducción cerrada de radio izquierdo en octubre de 2000.

Examen físico y hallazgos de consideración

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Osteomuscular

1. Disminución de los arcos plantares bilaterales, los cuales requieren manejo con soporte de arco para evitar lesiones en rodillas caderas y columna vertebral, así como la progresión del defecto, se recomienda utilización de calzado con soporte de arco del pie y protección en los maléolos.

Conclusiones y opinión

Posterior a la revisión de los exámenes realizados a solicitud del asegurado se considera que se encuentra en óptimas condiciones físicas psíquicas y sensoriales para la realización de la actividad anteriormente mencionada.

Raúl Francisco Martínez P.

Médico cirujano

C. C. 80876335

RM. 95674/10

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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:

CRISTIAN CAMILO GARCIA CARREÑO

C.C.: 80099991

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 Valdes
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.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

SALAMANDRA®
Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias & Emergencias

CERTIFICA QUE

Cristian Camilo Garcia Carreño

ASISTIO Y APROBÓ EL CURSO

BLS - ACLS

Soporte Básico y Avanzado

Este programa acredita 48 horas de educación continua.

La presente constancia tiene una vigencia de dos (2) años a partir de su expedición en los componentes de

SOPORTE VITAL BASICO Y AVANZADO

Como constancia se firma en Bogotá, a los Veinticuatro (24) días del mes Noviembre de 2017

LAUREANO QUINTERO
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
ORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - NATURAL
PERSO

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011
VERSIÓN: 01
FECHA: 2016-12-21

DO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	2018-11-27	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**		
GARCIA	**CARREÑO**	**CRISTIAN**	**CAMILO**		

TIPO DE IDENTIFICACION				**No IDENTIFICACION**	**LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)**	**FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)**
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	80099991	BOGOTA CUNDINAMARCA	2011-09-26
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	C			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? **SI** ☒	**NO** ☐

FECHA NACIMIENTO:	**LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)**	**PAIS NACIMIENTO**	**NACIONALIDAD:**
1983-09-06	BOGOTA CUNDINAMARCA	**COLOMBIA**	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL	**PERSONA A CARGO**	**NUMERO DE HIJOS**	**TELEFONO CELULAR**
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☒	SI	1	3208331933

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

DIRECCION RESIDENCIA:	**CIUDAD RESIDENCIA**	**DEPARTAMENTO:**	**PAIS RESIDENCIA:**	**TELEFONO RESIDENCIA**
CARRERA 111 C 80 20	**BOGOTA**	**BOGOTA CUNDINAMARCA**	**COLOMBIA**	**3208331933**

CORREO ELECTRONICO:	**PORTAL O PAGINA INTERNET**	**TIPO DE VIVIENDA**		
STRECKPTO@GMAIL.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**
BARRETTO	**DIAZ**	**NATALIA**	**ESPERANZA**

TIPO DE IDENTIFICACION				**NUMERO IDENTIFICACION**	**LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)**	**FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)**
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	10207444523	BOGOTA CUNDINAMARCA	2007-08-22
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: **SI** ☒ **NO** ☐	NACIONALIDAD: COLOMBIANO

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	**DECLARA RENTA**					**CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA**
		SI ☐	**IVA**	**SI** ☐	**NO** ☒	8692
		NO ☒	**ICA**	**SI** ☐	**NO** ☒	**PRINCIPAL:** ☒ **SECUNDARIA:** ☐

GRAN CONTRIBUYENTE	**SI** ☐ **NO** ☒	**AGENTE RETENEDOR**	**SI** ☐ **NO** ☒	**AGENTE AUTORETENEDOR**	**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
ORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSO NATURAL

CÓDIGO:	ET-CA-FT- 011
VERSIÓN:	01
FECHA:	2016-12-21

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUB RED CENTRO ORIENTE

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

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
CARRERA 14 B # 1 45 SUR	32828282	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	ENFERMERO	FECHA VINCULACION	07 DE DICIEMBRE 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	$ 2.500.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	2800000	ARRIENDOS		INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 1.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 2.800.000	**TOTAL EGRESOS**	**$ 2.500.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 0**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 1.000.000**

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
QUINTERO	RACINES	HOUSTON	LEONARDO
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CARRERA 111 C # 80 20 CASA 34	BOGOTA	AMISTAD	314 311 1356 +61 405594674

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DE BOGOTA	CUENTA AHORROS	102625514	SAN ANTONIO	3820000

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 ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

ENFERMERO 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 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 , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la - Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

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

Cristian Garcia

Firma Cliente / Representante Legal



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:		

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CRISTIAN CAMILO GARCIA CARREÑO identificado(a) con CC 80099991 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**16/10/2008**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CLINICA EL LAGO**
Categoría:	**A**

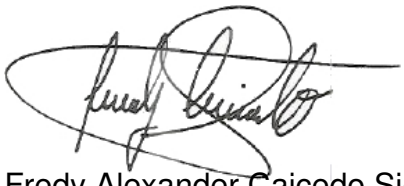
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 26 días del mes de noviembre del año 2018 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **CRISTIAN CAMILO GARCIA CARREÑO** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **80099991,** se encuentra afiliado (a) desde **05/01/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de noviembre de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909402, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	80099991	CRISTIAN CAMILO GARCIA CARRENO	SANTA CLARA-ASISTENCIAL	3	2.436%	17/11/2018	30/11/2019	INDEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 27 de Noviembre del año 2018.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

80099991		SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento		ARL

CRISTIAN	CAMILO	GARCIA	CARREÑO
Primer Nombre	Segundo Nombre	0	Segundo Apellido

09/06/1983	BOGOTA	CARRERA 111 C # 80 20	3208331933
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

FAMISANAR	COLPENSIONES	$ 2800000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

ENFERMERO	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

STRECKPTO@GMAIL.COM	3208331933
Correo Electrónico	Celular

Cristian Garcia	
Firma del Afiliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 118460020

WEB
17:07:01

Bogotá DC, 27 de noviembre 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) CRISTIAN CAMILO GARCIA CARREÑO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80099991:

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 martes 27 de noviembre de 2018, a las 17:08:42, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	80099991
Código de Verificación	800999911811271708 42

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

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 17:11:17 horas del 27/11/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80099991**
Apellidos y Nombres: **GARCIA CARREÐO CRISTIAN CAMILO**

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.

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.