

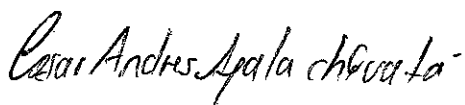
Bogotá, Enero 2019

Señora Mayor General
CLARA ESPERANZA GALVIS DIAZ
Directora General del Hospital Militar Central
Ciudad

Asunto: Ofrecimiento como Tecnólogo Equipo Biomédico

Me permito respetuosamente, dirigirme a la señora Mayor General **CLARA ESPERANZA GALVIS DIAZ** Directora General Hospital Militar Central, para ofrecerle mis servicios como tecnólogo en equipos biomédicos y cumplir con las órdenes de trabajo asignadas por el jefe inmediato del área equipos biomédicos, estando en la capacidad de aplicar los conocimientos para dar solución a problemas que se encuentren en el ámbito laboral.

Atentamente,



CESAR ANDRES AYALA CHIVATA
CC 1.013.677.619 De Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.013.677.619**

AYALA CHIVATA
APELLIDOS

CESAR ANDRES
NOMBRES

Cesar Andres Ayala
FIRMA



INDICE DERECHO

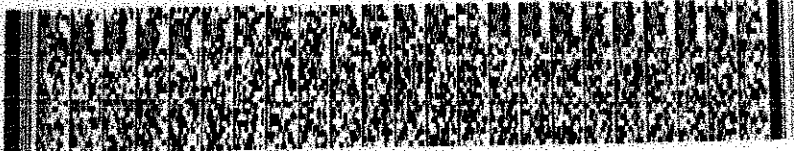
FECHA DE NACIMIENTO **22-NOV-1997**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

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

26-NOV-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACHA





Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Ayala</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Chiquito</u>	NOMBRES <u>Cesar Andres</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>1013677619</u>	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NÚMERO <u>1013677619</u> D.M. <u> </u>		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>22</u> MES <u>11</u> AÑO <u>1997</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá D.C.</u> MUNICIPIO <u>Cundinamarca</u>		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Transversal 5J # 44 - 46 sur</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá D.C.</u> MUNICIPIO <u>Cundinamarca</u> TELÉFONO <u>34 553 6382</u> EMAIL <u>Cesar.97ayala@gmail.com</u>

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 BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: <u>Bachiller</u>			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO <u>4 de diciembre de 2014</u>	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	☒	MES <u>12</u>	AÑO <u>2014</u>	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

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

TC (TÉCNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRÍA O MAGISTER), DOC (DOCTORADO O PHD),

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN				No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO			
<u>Pregrado</u>	<u>4 Semestres</u>	☒		<u>Tecnólogo en mantenimiento de equipo biomédico</u>	<u>09</u>	<u>20</u>	<u>17</u>	<u>25738-059366</u>	

ESPECÍFIQUE 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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.			
EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Maciomed S.A.S</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA	PAÍS <i>colombiana</i>
DEPARTAMENTO <i>Bogotá D.C</i>	MUNICIPIO <i>Condnamara</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>Subgerente Of. Ger. Egm@1.com</i>	
TELÉFONOS <i>742 78 46</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>15</i> MES <i>06</i> AÑO <i>2018</i>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO <i>Asistente de producción</i>	DEPENDENCIA <i>Equipos Biomédicos</i>	DIRECCIÓN <i>Carrera 56 # 5C-38</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO		7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA		7

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ☐ NO ☒ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES. (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá D.C. 17 de mayo 2019

Cesar Andres Ayala
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

DECLARACIÓN JURAMENTADA				
I. DE BIENES Y RENTAS				
Declarante: <u>Cesar Andres Ayala Chantre</u>				
IDENTIFICACIÓN	C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ No. <u>1013677619</u>	CON DOMICILIO PRINCIPAL EN <u>Bogotá</u>		
DIRECCIÓN	TELÉFONOS <u>3104887093</u>			
MUNICIPIO <u>Bogotá</u>	DEPARTAMENTO <u>Cundinamarca</u>	PAÍS <u>Colombia</u>		
TENEREDORES DE BIENES EN PRIMER GRADO DE CONSANGÜINIDAD (PADRES E HIJOS/A)				
NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO		
<u>Blanca Margarita Chantre Sandoval</u>	<u>52296177</u>	<u>Madre</u>		
DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3º, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN ☒ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACIÓN ☐ PARA MODIFICAR ☐ LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐ QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERMEDIATA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:				
a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:				
CONCEPTO	VALOR			
SALARIOS Y OTROS INGRESOS LABORALES	<u>\$7.918.000</u>			
CEANTÍAS E INTERESES DE CEANTÍAS	<u>\$631.178</u>			
GASTOS DE REPRESENTACIÓN				
ARRIENDOS				
HONORARIOS				
OTROS INGRESOS Y RENTAS				
TOTAL				
b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:				
ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
<u>BBVA Colombia</u>	<u>Ahorro</u>	<u>0272122508</u>	<u>MONTEVIDEO</u>	<u>\$303.258</u>
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:				
TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR		

1.1 DE BIENES Y DEBIDAS (CONTINUACIÓN)		
a) Las deudas y obligaciones vigentes a la fecha son:		
CÓDIGO O DESCRIPCIÓN	CONCEPTO	VALOR
BBVA Colombia	Compras	\$1.118.598

1.2 DE PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES	
a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:	
ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:	
CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad ☒ SI ☐ NO tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN N°
Triney Catalina Acosta Acosta	CC ☒ CE ☐ OTRO ☐ 4020826266

2. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA	
Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:	
DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACIÓN

3. FIRMA	
 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO	Bogotá Enero 14 del 2019 CIUDAD Y FECHA

CERTIFICACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo, Cesar Andres Ayala Chiquita identificado (a) con cédula de ciudadanía N° 1013677619, expedida en Bogotá D.C., a fin de dar cumplimiento con el artículo 1° del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013, certifico bajo la gravedad del juramento, que:

1. Mis ingresos en el año inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios personales o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador, mediante una vinculación laboral o legal y reglamentaria, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos por dicho periodo fiscal: Si (x) No ()
2. Mis ingresos en el año inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos en dicho periodo fiscal: Si (x) No ()
3. Estoy obligado (a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior: Si () No (x) (Ver instructivo, numeral 1).
4. Los ingresos totales en el año gravable inmediatamente anterior superaron las mil cuatrocientas (1.400) UVT; es decir, \$38.479.500 Si () No (x)
5. En el año gravable inmediatamente anterior no desarrolle una de las actividades señaladas en el artículo 340 del Estatuto Tributario o que si la desarrollé no generó más del veinte por ciento (20%) de mis ingresos totales. Si () No (x) (Ver instructivo, numeral 2).
6. Durante el año gravable inmediatamente anterior no preste servicios técnicos que requieran de materiales o insumos especializados, o maquinaria o equipo especializado, cuyo costo representa más del veinticinco por ciento (25%) del total de los ingresos percibidos por concepto de tales servicios técnicos. Si () No (x)

Nombre y Firma del funcionario: Cesar Andres Ayala Chiquita

C.C. 1013677619

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119250119



WEB

19:56:39

Hoja 1 de 01

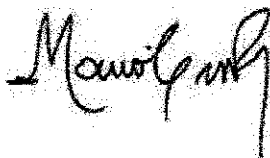
Bogotá DC, 15 de diciembre del 2018

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) CESAR ANDRES AYALA CHIVATA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1013677619:

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.

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 sábado 15 de diciembre de 2018, a las 19:55:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1013677619
Código de Verificación	1013677619181215195530

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



La Policía Nacional de Colombia hace constar

Que el número de identificación No. 1013677619 de del señor(a) **CESAR ANDRES AYALA CHIVATA** consultado en la fecha y hora 14/01/2019 02:12:50 p. m., no se encuentra vinculado en el sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC de la Policía Nacional de Colombia como infractor de la Ley 1801 de 2016 Código Nacional de Policía y Convivencia. Registro Interno de Validación No. 4662321

✓ Aceptar

Cesar Andrés Ayala Chivata
C.C. 1'013.677.619 de Bogotá
Transversal 5J # 44 A - 46 sur
3104887093
cesar97ayala@gmail.com



PERFIL PROFESIONAL

Me considero una persona con la capacidad de desempeñarme como un profesional que tiene como pilar principios y valores encaminados a la ética, la buena práctica, con un alto sentido de la responsabilidad, solidaridad y honestidad. Tengo la capacidad de mantener el autocontrol con el fin de obtener siempre un pensamiento lógico para lograr obtener resultados positivos frente a los retos que presenta la labor.

EXPERIENCIA LABORAL

Macromed S.A.S.

15 de Junio 2018 – Actualidad

Asistente de Mantenimiento

Realización de manteamientos preventivos y correctivos a equipos médicos básicos de monitorización, de órganos y de terapia respiratoria. Elaboración de hojas de vida y reportes de manteamiento.

Hospital Militar Central

11 de Abril de 2016 – 24 de Septiembre de 2016

Tecnólogo en Mantenimiento de equipos biomédicos.

Realización de mantenimientos preventivos y correctivos de equipos biomédicos teniendo como base las especificaciones dadas por el fabricante, cumpliendo de igual forma con el cronograma establecido para analizar y verificar el buen funcionamiento del equipo biomédico. Corroborar la existencia y el buen estado de los insumos para la realización del mantenimiento. Tramite de reportes correspondientes de cada mantenimiento realizado, especificando la labor ejecutada. Operación de equipos biomédicos generales. Manejo de herramientas de mano.

FORMACIÓN ACADEMICA

Sena CEET

Tecnólogo en mantenimiento de equipos biomédicos

06 de Abril 2015 – 25 de Septiembre 2017

- Curso especial en manejo de herramientas informáticas para diseño de tarjetas de circuito impreso

07 de Octubre 2016

- Divulgación tecnológica costos y gastos del proyecto

28 de Septiembre 2016

- Divulgación tecnológica estudio de mercadeo

29 de Junio 2016

- Divulgación tecnológica estrategias de mercadeo

29 de Junio 2016

Sena Virtual

Aprendiz Digital

13 de Noviembre 2015

Colegio Alfredo Iriarte

Bachillerato Académico

2014

Sena Virtual

Complementaria virtual manejo herramientas Microsoft office 2010: power point

06 de Noviembre 2013

REFERENCIAS LABORALES

Sandra Milena Castillo Mora – Asistente de Mantenimiento

Celular 3005960513

José Nicolás Sandoval Báez – Técnico de servicios Hospital militar

Celular 3003530233

Elías Latorre – Técnico en área de electromecánica

Celular 3124837594

REFERENCIAS PERSONALES

Blanca Margarita Chivata

Celular 3115536382 – 3212866849

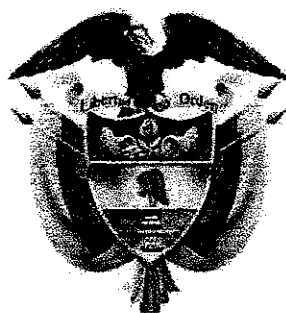
Henry Fernando Clavijo

Celular 3133589995



Cesar Andrés Ayala Chivata

C.C. 1'013.677.619 De Bta



Libertad y orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

CESAR ANDRES AYALA CHIVATA

Con Cedula de Ciudadania No. 1.013.677.619

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el*

Título de

TECNÓLOGO EN

MANTENIMIENTO DE EQUIPO BIOMÉDICO

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Bogotá,
a los veinticinco (25) días del mes de septiembre de dos mil diecisiete (2017)*

Firmado Digitalmente por
CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia



**REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE ELECTRICIDAD, ELECTRÓNICA Y TELECOMUNICACIONES**

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 26981307 - 25/09/2017

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: CESAR ANDRES AYALA CHIVATA, Con Cedula de Ciudadania No. 1.013.677.619

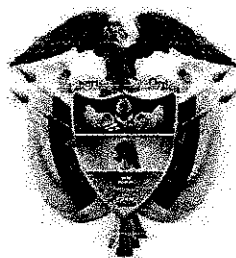
**CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE
OTORGARLE EL TÍTULO DE:**

TECNÓLOGO EN MANTENIMIENTO DE EQUIPO BIOMÉDICO

En constancia de lo anterior se firma la presente en Bogotá, a los veinticinco (25) días del mes de septiembre de dos mil diecisiete (2017)

**Firmado Digitalmente por
CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia**

**CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTA
SUBDIRECTORA CENTRO DE ELECTRICIDAD, ELECTRÓNICA Y TELECOMUNICACIONES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL**



Libertad y orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

CESAR ANDRES AYALA CHIVATA

Con Cedula de Ciudadania No. 1.013.677.619

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el*

Título de

TECNÓLOGO EN

MANTENIMIENTO DE EQUIPO BIOMÉDICO

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Bogotá,
a los veinticinco (25) días del mes de septiembre de dos mil diecisiete (2017)*

Firmado Digitalmente por
CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTA

SUBDIRECTORA CENTRO DE ELECTRICIDAD, ELECTRÓNICA Y TELECOMUNICACIONES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

26981307 - 25/09/2017

No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 921000901515CC1013677619C.



República de Chile

Ministerio de Educación

Colegio Alfredo Iriarte

Institución Educacional Privada

Atestando que el Sr. Cesar Andres Aguirre Chiuata, nacido en
Magallanes, D. A., el día 27 de Agosto de 1972, D. A., el día 27 de Agosto de 1972

Confiesa:

Cesar Andres Aguirre Chiuata

Identificado con el N° 9762200020

en Chile en:

Bachiller Académico

En tal virtud, declara que otorga los estudios correspondientes al nivel de
Bachiller Académico, según los planes curriculares vigentes.

En Chile, a los 10 días del mes de Agosto del año 2011.

[Firma]
Cesar Andres Aguirre Chiuata
D. A., el día 27 de Agosto de 1972, D. A., el día 27 de Agosto de 1972

[Firma]

[Firma]
Cesar Andres Aguirre Chiuata
D. A., el día 27 de Agosto de 1972, D. A., el día 27 de Agosto de 1972

En Chile, a los 10 días del mes de Agosto del año 2011.
En Chile, a los 10 días del mes de Agosto del año 2011.

En Chile, a los 10 días del mes de Agosto del año 2011. En Chile, a los 10 días del mes de Agosto del año 2011.



INSTITUTO DE EDUCACIÓN SUPERIOR
ALFREDO ALFARO ALFARO

Facultad de Ciencias Exactas y Naturales
Departamento de Física

Colegio Alfredo Alfaro I.E.D.

Barrio San Francisco

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Argentina

1971

LA SUSCRITA COORDINADORA DE RECURSOS HUMANOS DE

MACROMED COOP

NIT 900.024.617-7

CERTIFICA

Que el(a) señor(a) **AYALA CHIVATA CESAR ANDRES** identificado(a) con cedula de ciudadanía No **1.013.677.619**, labora en nuestra compañía desde el 15 de junio de 2018 a la fecha, mediante contrato término fijo renovable, en el cargo de **AUXILIAR DE PRODUCCION**, devengando un salario mensual de **UN MILLON DE PESOS (\$1.000.000) M/CTE.**

Se expide en Bogotá D.C. a los Quince (15) días de enero de 2019 a solicitud del(a) interesado(a).

Cordialmente,


Blanca Andrea Sanchez

Coordinadora de Recursos Humanos



PERFIL DEL CARGO

IDENTIFICACION DEL CARGO			
Cargo: Asistente de Producción y Mantenimiento			Código: 0005-13
Jefe inmediato: Coordinador de Producción Oxígeno Medicinal.		Suplente: Coordinador de Producción/ Mantenimiento., Asistente de Mantenimiento.	
Última Actualización:	Grupo: Operativo	Proceso: Producción Oxígeno Medicinal.	
LOCALIZACIÓN DENTRO DE LA ORGANIZACIÓN			
Coordinador de Producción/ Mantenimiento.			
Asistente de Producción			
AUTORIDAD			
N.A.			
PERFIL			
Aspecto	Requisito Mínimo	Requisito Deseable	Evidencia
Educación	Técnico o Tecnólogo Biomédico o Electromedicina	Profesional Ingeniero Biomédico.	Acta de grado o Diploma y tarjeta profesional.
Formación	Metrología.	Conocimiento en mantenimiento de equipos médicos. Interpretación y aplicación de información técnica. Conocimientos en mantenimiento de equipos para oxigenoterapia y/o plantas de producción de gases medicinales. Inglés técnico.	Certificado.
Experiencia	Seis (06) meses en cargos relacionados (valido prácticas profesionales).	Un (01) año en producción de oxígeno medicinal y/o en mantenimiento de equipos Biomédicos.	Certificado laboral.
Homologación	N.A.		
OBJETIVO DEL CARGO			
Ejecutar las actividades relacionadas con la puesta en funcionamiento y mantenimiento de la planta generadora de oxígeno, ensamble y desensamble de cilindros en el manifold de llenado, y almacenamiento de cilindros según el estado de inspección y ensayo. Además, mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos cuando se requiera.			
RESPONSABILIDADES GENERALES			
1. Cumplir a cabalidad con las disposiciones estipuladas por la empresa en el Reglamento Interno de Trabajo. 2. Cumplir a cabalidad con todas las políticas, reglamentos y directrices del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, Sistema de Gestión de Calidad y manejo integral de residuos, además velar por su cumplimiento. 3. Aceptar y apoyar la cultura organizacional, de acuerdo a los parámetros y objetivos establecidos por la Gerencia. 4. Velar y mantener en orden y aseo el área de trabajo. 5. Atender oportuna y amablemente cualquier solicitud del cliente institucional, usuarios de			

- servicio, proveedores, funcionarios internos y demás partes interesadas, al igual que actuar con respeto, de manera cordial y brindar buen trato a compañeros, personal a cargo y superiores, propiciando un adecuado clima laboral.
6. Llevar a cabo la mejora continua, el seguimiento y cumplimiento de los indicadores a cargo.
 7. Asistir, participar e implementar en las actividades diarias, capacitaciones y socializaciones que recibe.
 8. Realizar las suplencias establecidas por la empresa en el M004, en caso de ser requerido por la misma.
 9. Portar la dotación y uniformes, asignados por la empresa y de acuerdo a su programación.
 10. Usar y cuidar todos los elementos de protección personal asignados por la empresa.
 11. Cumplir con la jornada laboral según indicaciones.
 12. Garantizar la confidencialidad en el manejo de información, sistemas de información y demás elementos asignados bajo su responsabilidad.

FUNCIONES DEL CARGO

Producción Oxígeno Medicinal.

1. Elaborar, cumplir y velar por cumplimiento del cronograma de mantenimiento de todos los procesos a cargo.
2. Realizar la calibración, mantenimiento preventivo y correctivo de los dispositivos, equipos médicos, equipos de planta de producción y equipos de medición de acuerdo a los cronogramas establecidos.
3. Responsable de actualizar el inventario de equipo biomédico, accesorios, servicios, herramienta, manuales y repuestos.
4. Interpretación y aplicación de normas técnicas.
5. Responsable del despiece de dispositivos médicos con previa autorización para recuperación de repuestos.
6. Uso y manejo de herramientas, equipo de prueba y medición especializada y elementos de protección personal requeridos.
7. Detectar fallas a los dispositivos médicos.
8. Acompañamiento y apoyo en el montaje de proyectos nuevos relacionados al cargo.
9. Levantamiento, seguimiento y actualización de hoja de vida de equipos e historial de mantenimiento.
10. Cumplir con los cronogramas de actividades de calibración y mantenimiento preventivo de los equipos y dispositivos médicos cuando se requiera, diligenciando las Hojas de Vida correspondientes.
11. Capacitación a pacientes para el adecuado uso de dispositivos médicos.
12. Participar y aplicar los programas de capacitación que recibe.
13. Conservar el orden y aseo en las áreas de mantenimiento.
14. Integrar y proporcionar información en el ámbito de su competencia.
15. Conocer el alcance y responsabilidad de sus funciones y su impacto en la calidad de los dispositivos médicos.
16. Cumplir con los procedimientos y políticas de la organización.
17. Las demás asignadas, se consideran incorporadas a las demás responsabilidades todas aquellas inherentes al cargo que desempeñe y las que la organización le asigne en los eventos como ausencias, redistribución de funciones, reorganizaciones, nuevos productos y/o servicios.

Mantenimiento de Equipos Biomedicos:

1. Colocar los cilindros en el Manifold de llenado y realizar las actividades inherentes al llenado de cilindros.
2. Operar el analizador de concentración de oxígeno y llevar a cabo su calibración interna.
3. Cumplir con los procedimientos establecidos para la producción de oxígeno medicinal.
4. Informar al coordinador de producción y al Coordinador de Mantenimiento, cualquier falla o eventualidad en el funcionamiento de la planta generadora de oxígeno.

PERFIL DEL CARGO

5. Cumplir con los cronogramas de actividades de calibración y mantenimiento preventivo de los equipos y dispositivos médicos cuando se requiera, diligenciando las Hojas de Vida correspondientes.
6. Realizar el mantenimiento correctivo de equipos y dispositivos médicos cuando se requiera, diligenciando las Hojas de Vida correspondientes.
7. Capacitación a pacientes para el adecuado uso de dispositivos médicos.
8. Revisar y usar los implementos de seguridad industrial.
9. Participar y aplicar los programas de capacitación que recibe.
10. Conservar el orden y aseo en las áreas de producción.
11. Integrar y proporcionar información en el ámbito de su competencia.
12. Responsable de actualizar el inventario de equipo biomédico, accesorios, servicios, herramientas, y repuestos.
13. Interpretación y aplicación de normas técnicas.
14. Responsable del despiece de dispositivos médicos con previa autorización para recuperación de repuestos.
15. Aplicar conocimientos de electrónica, computación, biomédica y clínica.
16. Uso y manejo de herramientas, equipo de prueba y medición especializada.
17. Detectar fallas a los dispositivos médicos.
18. Acompañamiento y apoyo en el montaje de proyectos nuevos relacionados al cargo.
19. Levantamiento, seguimiento y actualización de hoja de vida de equipos biomédicos e historial de mantenimiento.
20. Cumplir con los procedimientos y políticas de la organización.
21. Detectar fallas a los dispositivos médicos.
22. Las demás asignadas, se considerarán incorporadas a las demás responsabilidades todas aquellas inherentes al cargo que desempeñe y las que la organización le asigne en los eventos como ausencias, redistribución de funciones, reorganizaciones, nuevos productos y/o servicios.

EMPLEADO. (FIRMA)	JEFE INMEDIATO. (FIRMA)	APROBO. (FIRMA)
<i>Cesar Andres Lopez</i>		
NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE
<i>Cesar Andres Lopez</i>		
CARGO	CARGO	CARGO
<i>Responsable de mantenimiento</i>		



REPÚBLICA DE COLOMBIA

COPNIA

Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

Certificado de Inscripción Profesional Auxiliar No.

25738-059366 CND

Fecha de Expedición: **09/11/2017**

Nombre:

**CESAR ANDRES
AYALA CHIVATA**

Identificación:

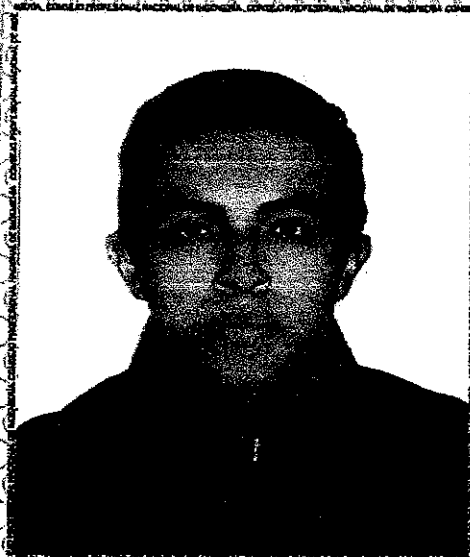
C.C. 1013677619

Profesión:

**TECNOLOGO EN MANTENIMIENTO
DE EQUIPO BIOMEDICO**

Institución:

**SERVICIO NACIONAL DE
APRENDIZAJE "SENA"**



	INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL - IVC		VIGILANCIA
	INSCRIPCIÓN DE RECURSO HUMANO PARA EL MANTENIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE LA CALIBRACIÓN PARA EQUIPOS BIOMÉDICOS DE CLASES IIB Y III		
	Código: IVC-VIG-FM007	Versión: 00	Fecha de Emisión: 01/04/2015

RADICACIÓN No

2017176821

FECHA 04/12/2017

EL SUSCRITO (A) DIRECTOR (A) TÉCNICO (A) DE DISPOSITIVOS MÉDICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS DEL INVIMA REALIZA LA INSCRIPCIÓN PARA MANTENIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE LA CALIBRACIÓN PARA EQUIPOS BIOMÉDICOS DE TECNOLOGÍA CONTROLADA DE CLASES IIB Y III, DE ACUERDO CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE.

DATOS PERSONALES		
NOMBRE: CESAR ANDRES AYALA CHIVATA		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1.013.677.619 DE BOGOTÁ D.C		
TELÉFONO: 2393813-3104887093	CORREO ELECTRÓNICO: cesar97ayala@hotmail.com	
CIUDAD / MUNICIPIO: BOGOTA D.C	DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C	PAÍS: COLOMBIA

NO. DE INSCRIPCIÓN	TÍTULO OBTENIDO	MANTENIMIENTO DE EQUIPOS POR CLASE
RH-201712-613	TECNÓLOGO EN MANTENIMIENTO DE EQUIPO BIOMÉDICO	IIB Y III

Esta inscripción se otorga en cumplimiento con lo establecido en el Artículo 39, del Decreto 4725 del 26 de diciembre de 2005, "Toda persona jurídica o natural que preste servicios de mantenimiento y verificación de la calibración para equipos biomédicos de Clases IIB y III, deberá contar con un responsable técnico, el cual deberá ser profesional en ingeniería biomédica o ingenierías afines o personal técnico debidamente acreditado, los cuales deberán registrarse ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, o la entidad sanitaria competente".

Nota: Esta inscripción es válida en todo el territorio nacional, es personal e intransferible y se expide por ÚNICA VEZ, por tanto cualquier modificación de la información consignada en la presente inscripción se surtirá a través de una solicitud escrita de actualización.

La inscripción expedida no certifica o acredita la práctica del mantenimiento y verificación de la calibración de los equipos biomédicos que es realizado por este personal.

Todos los folios de éste documento llevan sello del INVIMA. Documento válido únicamente en su original.

ELKIN HERNÁN OTÁLVARO CIFUENTES
 Director Técnico de Dispositivos Médicos
 y Otras Tecnologías

Proyectó: 500-01-04 MEOP Profesión: Técnico Administrativo C.C. Exp.: RH-201712-613	Revisó: 500-01-12 DCVR Profesión: Ingeniero Biomédico	Aprobó: 500-01-01 SIPRC Profesión: Ingeniera Química
---	--	---

EL FORMATO IMPRESO, SIN DILIGENCIAR, ES UNA COPIA NO CONTROLADA

www.invima.gov.co

Este es un documento público expedido en virtud de la Ley 842 de 2003, que autoriza al titular a ejercer como Profesional Auxiliar de la Ingeniería en el Territorio Nacional.



DIRECTOR GENERAL

PRESIDENTE DEL CONSEJO

CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERIA CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERIA CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERIA CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERIA CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERIA

En caso de extravío debe ser remitida al COPNIA. Calle 78 No. 9-57 primer piso
Línea Nacional: 01 8000 116590

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL



COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

CERTIFICA

Que el señor CESAR ANDRES AYALA CHIVATA identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1013677619, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre: CESAR
Segundo Nombre: ANDRES
Primer Apellido: AYALA
Segundo Apellido: CHIVATA
Tipo Documento: Cédula de Ciudadanía
Número Documento: 1013677619
Clase Libreta Militar: Segunda Clase

**ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR**

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 15 días del mes de Diciembre de 2018, a las 7:45:38 PM.

Cordialmente,

CR. ELKIN ALFONSO ARGOTE HIDALGO

Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix



**FE EN LA CAUSA
"ESTAMOS EN EL CORAZÓN DE LOS COLOMBIANOS Y AHÍ NOS VAMOS A QUEDAR"**

JEFATURA DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO
AVENIDA CARACAS No. 9-51 PBX:(1) 3362211 BOGOTÁ D.C.



**Reservista - 2da Clase**

Lugar: Distrito Militar No. 002
Dirección: Calle 19 6-40 Sur Batallón
de Mantenimiento 20 de
Julio (Bogotá, D.C. - 01
Localidad - Usaquén)

[illegible]

RAMO DE DOCUMENTO	12708	754
RETARDO CUBROS	24876	11418115
12:35:01	20641214	Normal
710735542417		105.100.00
512745	105.040.00	01

[illegible]

2. Concepto **01** Inscripción

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14461710145



(415)7707212489984(8020) 000001446171014 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 1 3 6 7 7 6 1 9

6. DV:

2

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

(3) 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación:

1 0 1 3 6 7 7 6 1 9

27. Fecha expedición:

2 0 1 5 1 1 2 6

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

AYALA

32. Segundo apellido

CHIVATA

33. Primer nombre

CESAR

34. Otros nombres

ANDRES

3. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

TV 5 J 44 46 SUR BRR ALTOS DE LOS MOLINOS

42. Correo electrónico:

cesar97ayala@gmail.com

43. Código postal

1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

44. Teléfono 1:

2 3 9 3 8 1 3

45. Teléfono 2:

3 1 0 4 8 8 7 0 9 3

CLASIFICACION

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código:

3 3 1 3

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 8 0 3 0 6

Actividad secundaria

48. Código:

1 1

49. Fecha inicio actividad:

1 1

50. Código:

1 2

51. Código

1 1

52. Número establecimientos

1 1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

Exportadores

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3	
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20				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 ☐

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2 0 1 8 0 3 0 6

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:

Cesar Andres Ayala

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre URIBE VARGAS JANNETH

985. Cargo: Gestor I

Bogotá, Enero 17 de 2019

Señor:
AYALA CHIVATA CESAR ANDRES
CC. 1013677619
TV 5J 44A 46 SUR - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 14 de 2018. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
AYALA CHIVATA CESAR ANDRES	1013677619	C	Jun-14-2018	17	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

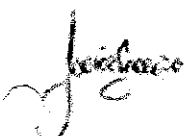
De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
COOP MULTIACTIVA MACROMECCOOP	1013677619	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **CESAR ANDRES AYALA CHIVATA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,013,677,619**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Enero de 2019.

Gerente de Clientes

Bogotá, Enero 28 de 2019

Señor:
AYALA CHIVATA CESAR ANDRES
CC. 1013677619
TV 5J 44A 46 SUR - 2393813
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 14 de 2018. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
ALA CHIVATA CESAR ANDRES	1013677619	C	Jun-14-2018	25	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
ALA CHIVATA CESAR ANDRES	97112206020	T	Sep-15-2005	32	0	HUJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Dic-9-2006	Desafiliado por desvinculación laboral	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
CESAR ANDRES AYALA CHIVATA	1013677619	Trabajador Independiente	VIGENTE
COOP MULTIACTIVA MACROMECCOOP	1013677619	Dependiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



CARLOS JAVIER CARREÑO SANCHEZ
Director de Recaudo y Compensación
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos



Número Planilla: 1018444599

Referencia pago (PIN): 8898932380

GUARDBADA 24/01/2019

IMPORTANTE: Señor aportante, si usted realiza el pago de su aporte después de las 3:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A.; da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

[illegible]

ICB Pension	ICB Salud	ICB Riesgos	ICB Ceses	Aportes Pension	Aportes FSP	Aportes Salud	Aportes Ilícitos	Aportes Caja	Aportes Sani	Aportes CDP	Aportes EAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldo	Subtotal Sin Intereses de	Total Intereses	Total Final
\$ 828.115	\$ 928.116	\$ 0	\$ 0	\$ 132.500	\$ 0	\$ 103.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 238.100	\$ 0	\$ 238.100

[illegible]

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi-Grupo Éxito-Bancompartir



(415) 770-9998 485884 (8020) 889893 23380 (3900) 0000000 (96) 20991 231

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 68 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

[illegible]

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicación

4003176420

Fecha de Radicación

24/01/2019

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

Página 1 de 2

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒		2. Tipo afiliación A. Individual: ☒ B. Colectiva ☐ A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐		6. Código (a registrar por la EPS) <input type="text" value="3"/>	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres AYALA Primer apellido		CHIVATA Segundo apellido		CESAR Primer nombre		ANDRES Segundo nombre	
7. Tipo documento de identidad <input type="text" value="CC"/>		8. Número del documento de identidad 1013677619		9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒		10. Fecha de nacimiento 24/01/1997	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. Etnia <input type="text" value="6"/>		12. Discapacidad Tipo ☒ Condición ☐		13. Puntaje SISBEN <input type="text" value=""/>		14. Grupo de población especial <input type="text" value=""/>	
15. Administradora de riesgos Laborales - ARL RIESGOS PROFESIONALES COLMENA		16. Administradora de Pensiones PORVENIR FPC		17. Ingreso base de cotización - IBC 1000000			
18. Residencia TV 5J 44A 46 SUR Dirección		2393813 Teléfono fijo		3104887093 Teléfono celular		CESAR97AYALA@GMAIL.COM Correo electrónico	
BOGOTA Municipio/Distrito		zona Urbana ☒ Rural ☐		Localidad / comuna		BOGOTA Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

19. Apellidos y nombres completos Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			
20. Tipo documento de identidad <input type="text" value=""/>		21. Número documento identidad	
22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		23. Fecha de nacimiento	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre			
25. Tipo documento de identidad B1		26. Número de Identidad	
27. Sexo Femenino Masculino		28. Fecha de nacimiento	
B1			
B5			

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia		31. Discapacidad Tipo F M Condición I P	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					
32. Datos de residencia					
Municipio/Distrito		Zona Urbana Rural		Departamento	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					
				33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)	

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS C VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS		Código de la IPS (a registrar por la EPS) VSAMERICAS - UODCPOAMER	
B			
B			
B			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social CESAR ANDRES AYALA CHIVATA		36. Tipo de identificación CC		37. Número de documento de identificación 1013677619		38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) 01	
39. Ubicación TV 5J 44A 46 SUR Dirección		2393813 Teléfono		CESAR97AYALA@GMAIL.COM Correo electrónico		BOGOTA Municipio/distrito	
						BOGOTA Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
☐ 3. Actualización documento de identidad
☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
 Código: ☐
☐ 6. Reinscripción en la EPS
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado
☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo régimen
☐ B. Diferente régimen
☐ 15. Reporte de fallecimiento
☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante
☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

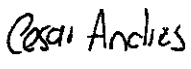
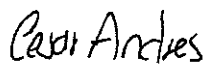
41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo		Fecha de nacimiento	42. Fecha		
☐		Femenino ☐ Masculino ☐			01/01/2019		
43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código: ☐		45. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto.

VIII. FIRMAS

 54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	 55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
---	--

IX. ANEXOS

☐ 56. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TL. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
 Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: ☐ 0

☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
☐ 61. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio		67. Datos del SISBEN Número ficha		Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
☐	☐	☐	☐	☐	☐		
70. Datos funcionario que realiza la validación		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Primer apellido							
Tipo documento de identidad		Número documento de identidad		71. Firma del funcionario			
☐							
Observaciones							

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **CESAR ANDRES AYALA CHIVATA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,013,677,619**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Enero de 2019.

Gerente de Clientes

VALIDACIÓN DE REQUISITOS PARA CONTRATACIÓN	
NOMBRE:	AYALA CHIVATA CESAR ANDRES
CEDULA:	1013677619
CARGO:	TEC. BIOMEDICO
AREA:	MANTENIMIENTO
FECHA:	23/01/2019
La persona antes mencionada cumple con el perfil acorde al profesiograma, en relación a validación de exámenes médicos ocupacionales y esquema de vacunación requerido para el cargo.	
<p>HOSPITAL MILITAR CENTRAL Área de Seguridad de Salud en el Trabajo</p> <p>FRIMA SELLO</p>	