

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

Editar

Información del usuario



Género Masculino
Cargo Medico
Título Dr(a)
Nombre completo FELIX ANDRES
Nombre y apellido FELIX ANDRE BERNAL BERMUDEZ
Código del empleado
Tipo de documento
Número de documento 7706071
Fecha de emisión
Expedido por
Fecha de expiración
Dirección Calle 150A # 101-20 Torre 8 Apartamento 102 Conjunto residencial Valle del Refous
Código postal
Estado Cundinamarca
Municipio Bogota
País COLOMBIA
Correo electrónico fabb1977@yahoo.es
Teléfono 3168180388
Celular 3168180388
Número de fax

Configuración

Zona horaria (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma Español (Colombia)
Configuración regional English (United States)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad What was your childhood nickname?
Respuesta Andy
Celular 3168180388

Editar

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
BERNAL	BERMUDEZ	FELIX ANDRES

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 7706071

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 7706071 D.M 42

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 31 MES OCT AÑO 1977

PAÍS Colombia

DEPTO Tolima

CIUDAD Fresno

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cll 150A # 101-20 Trr 8 Apt 102

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3168180388

EMAIL fabb1977@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 NOVIEMBRE AÑO 1994
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	12	X		MEDICO	7	2001	41134 de 2002
ES	3		X	ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD			

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: 14-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 1 MES 6 AÑO 2017	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO REFERENCIA Y	URGENCIAS	DG 34 # 5-43

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6767940	DIA 11 MES 5 AÑO 2017	DIA 31 MES 1 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO APH	URGENCIAS	Calle 66 No. 15-41

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Clinica de Fracturas y Ortopedia		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Huila	Neiva	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
8753436	DIA 23 MES 1 AÑO 2015	DIA 31 MES 1 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Subgerente	Direccion	Cll 18 No. 6 65

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3499080 Ext.189	DIA 1 MES 4 AÑO 2013	DIA 19 MES 9 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Medico APH	Urgencias	Calle 66 # 15-41

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	1	2
PRIVADO	2	0
PARTICULAR	1	6
TOTAL	3	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Felix Andres Bernal B.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 14-dic-2018

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 27-nov-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 7706071 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Cll 150A # 101-20 Trr 8 Apt 102 **Teléfonos** 3168180388 3168180388

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
GLORIA INES BERMUDEZ BUITRAGO	28739327	MADRE
GLORIA ELIZABETH BERNAL BERMUDEZ	66953665	HERMANO(A)
CATHERINE CORDOBA ROMERO	52799219	COMPAÑERO PERMANENTE
MELISSA BERNAL CORDOBA	1077232562	HIJO(A)
ANDRES BERNAL CORDOBA	1077232563	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	$ 88.671.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 88.671.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Davivienda	AHORROS	016670305412	Cali	$ 0,00
Davivienda	OTRA	0550015900000033	Cali	$ 0,00
Davivienda	CORRIENTE	0560016060019441	Cali	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	Moto	$ 5.000.000,00

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 27-nov-2018

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Davivienda	Leassing habitacional	$ 64.000.000,00
Davivienda	Tarjetas de credito	$ 14.800.000,00
Davivienda	Credito rotativo	$ 4.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO 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

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 27-nov-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

y en su nombre

El Colegio Claretiano

Neiva - Huila

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 1762 del 8 de Marzo de 1988

Confiere a :

Felix Andrés Bernal Bermúdez

T.I. 09100 de Fresno (T.)

el Título de:

Bachiller Académico

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

Henry Calderón Quintero
Rector

Olinda Rubiano Betancourt
Secretario

Anotado al Folio 030 del Libro de Actas de Grado No. 1

Dado en Neiva - (Huila), a 2 de Diciembre de 1994

Visual Láser Ltda.

La República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

La Universidad Surcolombiana

Creada por la Ley 13 de 1976 y reconocida mediante Resolución No. 9062 del 26 de octubre de 1976
expedida por el Ministerio de Educación Nacional - M.E.N.

Confiere el Título de

Médico y Cirujano

A

Félix Andrés Bernal Bermúdez

C.C. No. 7'706.071 Expedida en NEIVA (HUILA)

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos.

En testimonio de ello otorga el presente

Diploma

En la ciudad de Neiva, a los 27 días, del mes de julio de 2001

GOBERNACION DEL HUILA
Secretaría de Salud Deptal.
Reconócese este título para todos los efectos legales.
Ciudad Neiva, 31-01-2002
Resolución No. 134

Rector

Vicerrector Académico

Decano de la Facultad

Secretario General

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO



COLEGIO CLARETIANO
CALLE 43 ENTRE CRAS. 1a. Y 2a.
TELEFONOS: 743500 - 744686
NEIVA - HUILA

Inscripción S.E. 10101215-046 Inscripción Dane 34100100217

En la Ciudad de Neiva, a los dos (2) días del mes de Diciembre de 1994 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO CLARETIANO. Institución aprobada hasta el nueva visita en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de BACHILLER ACADEMICO según Resolución No. 1762 del 8 de Marzo de 1988.

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

BERNAL BERMUDEZ FELIX ANDRES T. de I. No. 09100 Fresno (T)

Es fiel copia tomada del Acta Original General No. 022 del 2 de Diciembre de 1994 que consta de 68 alumnos; que comienza con el nombre de ACOSTA RAMOS ANA MARIA y cierra con el nombre de VELASQUEZ CASTAÑEDA CLAUDIA MILENA. Firmada y sellada por HENRY CALDERON QUINTERO (Rector) y OLINDA RUBIANO BETANCOURT (Secretario).

Dada en Neiva, a los dos (2) días del mes de Diciembre de 1994.

El Diploma y el Acta Individual de Grado estan exentos del Registro en la Secretaría de Educación, según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994, del Ministerio de Educación Nacional.

Autentíquese en las Notarías Segunda (2a.) y Tercera (3a.).

COLEGIO CLARETIANO RECTORIA

COLEGIO CLARETIANO SECRETARIA

Firmada y Sellada

HENRY CALDERON QUINTERO
Rector
C.C. 12.109.724 de Neiva

OLINDA RUBIANO BETANCOURT
Secretario
C.C. 36.146.019 de Neiva

VISUAL LASER LTDA.
TEL. GRATIS BOGOTA
980012823

Universidad Surcolombiana

ACTA DE GRADO No. 487

La Universidad Surcolombiana, creada por Ley 13 de Enero 30 de 1976 y reconocimiento institucional por Resolución No. 9062 del 26 de Octubre de 1976 del Ministerio de Educación Nacional, en atención a que el estudiante:

FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ

C. de C. No. **7.706.071** *de* **Neiva (Huila)**

Cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por los Acuerdos Reglamentarios de la Universidad, resuelve otorgarle el título de:

MEDICO Y CIRUJANO

En nombre y representación de la Universidad Surcolombiana y de la República de Colombia, el Señor Vicerrector Académico tomó el juramento de rigor:

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta en la ciudad de Neiva, a los **27** *días del mes de* **julio de 2001**

JESUS ANTONIO MOTTA MANRIQUE
RECTOR

MAURO MONTEALEGRE CARDENAS
VICERRECTOR ACADEMICO

PEDRO LEON REYES GASPAR
DECANO DE LA FACULTAD

NUBIA ESPERANZA MARIN PALMA
SECRETARIO GENERAL

Registrado en el Folio 330 del Libro de Diplomas 2

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para las Américas

RELACSIS
RED LATINOAMERICANA Y DEL CARIBE PARA EL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE SALUD

LEADERSHIP, MANAGEMENT & GOVERNANCE PROJECT
Inspired Leadership. Sound Management. Transparent Governance.

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud
certifica que:

FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ

Ha participado y aprobado el Curso Virtual:
"Correcto llenado del Certificado de Defunción"

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública con un total de ocho horas.

Dado el 6 de octubre de 2017



Dra. Carissa F. Etienne
Directora

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://mooc.campusvirtualsp.org/mod/simplecertificate/verify.php?code=2add91e0-aa9f-11e7-a7ea-4d38f755b6a0

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

Certifica que

Félix Andrés Bernal Bermúdez

7.706.071

Aprobó el Curso Taller:

Reanimación Neonatal

Intensidad horaria de diez (10) horas
Validez de dos (2) años

Bogotá – Colombia, 14 de Febrero de 2014

CRUE

20140214060009009

Waldetrudes Aguirre Ramírez
Directora Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ HUMANA
SECRETARIA DE SALUD

ATLS™
ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT - ATLS®
CURSO PILOTO X EDICIÓN

Bogotá, 19 de noviembre de 2017

Doctor
FELIX ANDRÉS BERNAL
Bogotá, D.C.

Estimado doctor Bernal:

¡ Felicitaciones ! Esta carta es para certificar que usted aprobó con éxito el Curso ADVANCED TRAUMA LIFE SUPPORT ATLS®, realizado en la ciudad de Bogotá los días 18 Y 19 de noviembre de 2017.

Este curso le concede 48 horas de Educación Médica Continuada en Soporte Vital Básico Y Avanzado en Trauma.

En constancia recibirá la credencial expedida por el AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS que acredita su aprobación. Esta será enviada en los próximos 30 días a la dirección registrada por usted.

Atentamente,

MARÍA FERNANDA JIMÉNEZ, MD.FACS.
Directora Curso ATLS.®

Universidad Surcolombiana
- USCO -
NIT. 891.180.084-2

LA DIRECTORA DEL CENTRO DE ADMISIONES REGISTRO Y CONTROL ACADEMICO

CERTIFICA

Que **BERNAL BERMUDEZ FELIX ANDRES,** Código 2008277401 identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 7706071 expedida en Neiva (Huila), cursó y aprobó el correspondiente Plan de Estudios del Programa Académico de ESPECIALIZACIÒN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL.

Revisada su hoja de vida académica, no presenta llamados de atención, ni sanciones disciplinarias, observando por tanto buena conducta.

Este Programa Académico está aprobado por el Ministerio Nacional según Registro SNIES 3503.

La presente se expide a solicitud del interesado.

Neiva 15 de Septiembre de 2011.

LILIA SUSANA DIAZ CHARRIS

La Asociacion Colombiana de Especialistas en Urgencias y Emergencias ACEM

CERTIFICA QUE

FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ

PARTICIPÓ EN EL

II CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA DE EMERGENCIAS

ACEM

REALIZADO DEL 9 AL 11 DE NOVIEMBRE DE 2012

Mauricio García Romero MD
Presidente ACEM

Norberto Navarrete Aldana MD
Vicepresidente ACEM

Claudia Paola Martínez MD
Secretaria

II Congreso Internacional en Medicina de Emergencias
2012
ACEM
Nuevos Horizontes en Emergencias
Bogotá
Noviembre 9, 10 y 11

CONGRESO GLOBAL TIVA
ANESTESIA TOTAL INTRAVENOSA

CONGRESO COLOMBIANO
DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION

ANESTESIA2013
UN BALUARTE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE...
UNA MURALLA PARA EL "KAROSHI"

Certifica que:

FELIX ANDRES BERNAL BERMUEZ

Asistió al I Congreso Global Tiva y el XXX Congreso Colombiano De Anestesiología

Con una intensidad 32 horas

Se expide esta certificación a los 12 días del mes de Mayo de 2013

Diego Germán Calero Llanes
Presidente de la S.C.A.R.E.

Dr. Diego Peláez Mejía
Director Ejecutivo de la S.C.A.R.E.

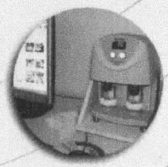
Dr. Alberto Vanegas Saavedra
Presidente I Congreso Global TIVA

fepasde
educación

www.congresoscare.com.co www.scare.org.co

Departamento de Anestesia
Hospital Universitario
Fundación Santa Fe de Bogotá





CERTIFICA QUE

FELIX ANDRES BERNAL

ASISTIÓ AL

CONGRESO INTERNACIONAL

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ

"DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA"

Realizado en Bogotá, Hotel Bogotá Plaza - Calle 100 No. 18A-30
Los días 26y 27 de Agosto de 2011

DR. ENRIQUE ARANGO GALVIS, MD
Jefe Departamento de Anestesia
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá

DR. ROOSEVELT FAJARDO GÓMEZ, MD
Director División de Educación
Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá

DRA. MYRIAM HINCAPIÉ, MD
Presidenta
Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Surcolombiana.

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Felix Andres Bernal Bermudez en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

Medico y cirujano

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Felix Andres Bernal B.

No. de documento: 7.706.071 de Neiva.

Tarjeta profesional No: 7.706.071

Dirección de contacto: urgencias.

Teléfono: 3168180388.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**CERTIFICACIÓN**	**CÓDIGO: U110R-FO615** **FECHA: 22/06/2016** **VERSIÓN: SIETE (7)**

CONSECUTIVO No. 5478

EL SUSCRITO DIRECTOR DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA

DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

CERTIFICA

Mediante Acuerdo N° 641 de abril 06 de 2016 se reorganizo el Sector Salud en el Distrito Capital, el cual consagra en su Artículo 5 la subrogación en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión, las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas; revisados los archivos de la Oficina de Contratación de la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E. se encontró que el (la) señor(a) **FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ** como, **MEDICO GENERAL EN AMBULANCIAS**, identificado (a) con C.C. Núm. 7706071**,** tiene con la subred integrada de servicios de salud norte E.S.E. varias órdenes de Prestación de Servicio. Sin que exista solución de continuidad en su ejecución, desarrollando las obligaciones pactadas con autonomía técnica, Administrativa y sin subordinación laboral alguna desde el día 11 de mayo de 2017 hasta el 31 de enero de 2018.

La presente se expide a solicitud del interesado (a), en Bogotá D.C. a los diecisiente (17) dias del mes de septiembre de 2018.

ÁLVARO GALVIS BARRIOS
Director de contratación

Andrés Ruiz

Calle 66 # 15-41
contratación@subrednorte.gov.co
Tel.:3499080 Ext.189
Nit: 900971006-4

LIDER GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA

Que el señor (a) **FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ** identificado(a) con cédula de ciudadanía **No.7.706.071** presto sus servicios como **MEDICO GENERAL AMBULANCIA PREHOSPITALARIA**, mediante Contrato de Prestación de Servicios; realizando las siguientes actividades: 1. valoración medica prehospitalaria 2. Traslado medico primario 3. Realización de formulación medica e historia clínica 4. Realización de maniobras de reanimación básica.

A continuación se relacionan las mencionadas Órdenes de suministro de servicios, especificando el periodo comprendido:

NUMERO DE ORDEN	PERIODO	VALOR
1013-2013	1 al 30 de abril del 2013	$ 3.960.000
Adicion y prorroga 1 al 1013-2013	1 al 31 de mayo del 2013	$ 3.960.000
Adicion y prorroga 2 al 1013-2013	1 al 30 de junio del 2013	$ 3.960.000
Adicion y prorroga 3 al 1013-2013	1 al 31 de julio del 2013	$ 3.960.000
Adicion y prorroga 4 al 1013-2013	1 al 31 de agosto del 2013	$ 3.960.000
Prorroga 5 al 1013-2013	1 al 19 de septiembre del 2013	

La presente certificación se expide en Bogotá D.C., a los (2) días del mes de Octubre de 2013, a petición del interesado.

JOSE ALEXANDER MORENO PAEZ
Líder Grupo Funcional de Contratación
Elaboro: luz Dary Fernández

TAM TRANSPORTE AMBULATORIO MÉDICO S.A.S

NIT: 830.044.968-4

C E R T I F I C A:

Que el señor **FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ** identificado con Cédula de ciudadanía N° 7.706.071 de Neiva, celebró un Contrato Civil de Prestación de Servicio con nuestra institución, a partir del día 23 de agosto de 2010, el cual se encuentra prorrogado hasta el día 22 de febrero de 2012. Con las siguientes características:

OBJETO: El contratista, en su calidad de Medico prestará al contratante de manera Directa e Indelegable sus servicios como Medico general y auditor en el área de Ambulancias en atención prehospitalaría.

VALOR: El valor del contrato de prestación de servicios es la suma mensual de SEIS MILLONES DE PESOS M /Cte. ($6.000.000), valor del cual se practican las respectivas retenciones de ley.

El presente certificado se expide a solicitud del interesado a los veinticuatro (24) días del mes de octubre de 2011.

Atentamente,

TAM TRANSPORTE AMBULATORIO MEDICO S.A.S
DPTO. DE RECURSOS HUMANOS

LINA MARIA ROA SARMIENTO
Dpto. de Contratación
Transporte Ambulatorio Medico Ltda.

TAM TRANSPORTE AMBULATORIO MÉDICO S.A.S

NIT: 830.044.968-4

C E R T I F I C A:

Que el señor **FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ** identificado con Cédula de ciudadanía N° 7.706.071 de Neiva, celebró un Contrato Civil de Prestación de Servicio con nuestra institución, a partir del día 09 de julio de 2010 el cual se encuentra prorrogado hasta el día 17 de abril de 2013. Con las siguientes características:

OBJETO: El contratista, en su calidad de Medico Auditor prestara al contratante de manera Directa e Indelegable sus servicios como Medico-Auditor, en el área de Ambulancias en atención prehospitalaría.

VALOR: El valor del contrato de prestación de servicios es la suma mensual de SEIS MILLONES DE PESOS M /Cte. ($6.000.000), valor del cual se practican las respectivas retenciones de ley.

El presente certificado se expide a solicitud del interesado a los quince (15) días del mes de febrero de 2013.

Atentamente,

TAM TRANSPORTE AMBULATORIO MEDICO S.A.S
DPTO. DE RECURSOS HUMANOS

LINA MARIA ROA SARMIENTO
Dpto. de Contratación
Transporte Ambulatorio Medico S.A.S.

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.
NIT. 800.110.181 - 9
Calle 18 No. 6 - 65 Teléfonos: 8756349 - 8753436 Neiva - Huila

CERTIFICACION

La suscrita gerente de **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**, certifica que el Doctor **FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ** identificado con cédula de ciudadanía No. **7.706.071** de Neiva, presto apoyo en la unidad de urgencias de esta institución por eventualidad los fines de semana, desde el 03 de Enero de 2008 hasta el 07 de Julio de 2010 como medico general.

Se expide a petición del interesado, y para su constancia se firma en Neiva a los siete (07) días del mes de Julio de 2.010

MARTHA LUCIA POLANIA C.
Gerente

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
NIT. 813.005.265-7

EL SUSCRITO SUBGERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CARMEN EMILIA OSPINA

CERTIFICA:

Que el señor FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ identificado con cédula de ciudadanía No. 7.706.071 expedida en Neiva, ha suscrito Contrato de Prestación de Servicios con la E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA, durante los años 2003 y 2005 así:

CONTRATO	OBJETO	DURACION	VALOR CONTRATO
0127	Contrato de Prestación de Servicio Profesionales como medico.	**01/08/2003 al 31/10/2003**	**$3.534.000**
0246	Contrato de Prestación de Servicio Profesionales como medico.	**01/11/2003 al 31/12/2003**	**$1.938.000**
099	Contrato de Prestación de Servicio Profesionales como medico.	**10/05/2005 al 01/08/2005**	**$3.650.160**
0308	Contrato de Prestación de Servicio Profesionales como medico.	**28/07/2005 al 28/12/2005**	**$6.387.780**

La presente certificación se expide a solicitud de la interesada.

Dada en Neiva a los Cinco (05) días del mes Mayo del 2010

Atentamente,

LUIS EDUARDO PERDOMO GARCIA
Subgerente

Elaboro: jhon fredy

SAN ANTONIO
INTERNACIONAL

NIT 860.515-770-4

LA GERENTE DE RECURSOS HUMANOS

HACE CONSTAR:

Que el Señor(a) **FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ** identificado(a) con cédula de ciudadanía número CC7706071, laboró en nuestra compañía en varios contratos según el siguiente detalle:

Cargo	Contrato	Fecha Ingreso	Fecha Egreso	Ubicación
MEDICO	Fijo < 1 ano	21/09/2005	13/02/2006	SAI - 15
MEDICO	Fijo < 1 ano	16/02/2006	13/10/2006	SAI - 23
MEDICO	Fijo < 1 ano	19/10/2006	18/07/2007	SAI - 17
MEDICO	Fijo < 1 ano	26/07/2007	30/12/2007	SAI - 18

Se expide en Bogotá, el 4 de mayo de 2010

Cordialmente,

PATRICIA OLIVARES MUTIS

CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

NIT. 800.110.181 - 9

Calle 18 No. 6 - 65 Teléfonos: 8756349 - 8753436 Neiva - Huila

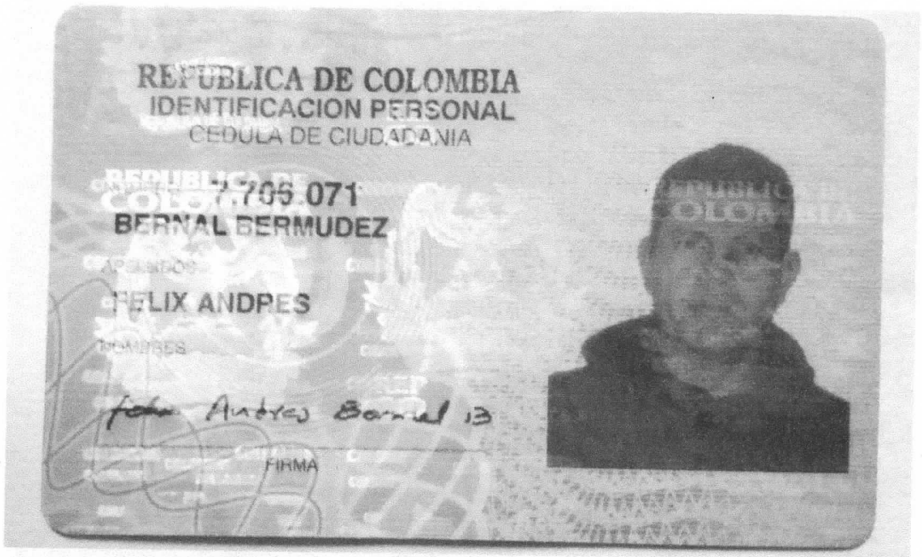
CERTIFICACION

La suscrita Gerente de la CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. Certifica que **FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 7706071, de Neiva, laboró en esta institución como **SUB-GERENTE ADMINISTRATIVO** desde el 01 de Febrero de 2.015 hasta el 31 de Enero de 2017.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, y para su constancia se firma en Neiva el (01) día del mes de Febrero de 2.017.

MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS
Gerente

Proyecto: Elizabeth Polania Suarez
Talento Humano


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.705.071
BERNAL BERMUDEZ
APELLIDOS
FELIX ANDRES
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 31-OCT-1977
FRESNO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.71
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
12-MAR-1996 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
A-1500150-00633403-M-0007706071-20141020
0040544889A 4
1333033947

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14438293589

(415)7707212489984(8020) 000001443829358 9

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

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Neiva 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BERNAL	BERMUDEZ	FELIX	ANDRES

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal
CL 150 A 101 20 TO 8 AP 102 CON VALLE DEL REFOUS

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
fabb1977@gmail.com		2 0 0 6 8 3 7	3 1 6 8 1 8 0 3 8 8

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 7 0 3 2 8					2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 7 1 1 1 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 BERNAL BERMUDEZ FELIX ANDRES
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaria de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:27/11/2018

CONTRIBUYENTE	C.C. 7706071	FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 150A 101 20 TO 8 AP 102 Teléfonos: 2006837

Dirección electrónica: fabb1977@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ, D.C. Municipio: BOGOTÁ DC

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 28/03/2017 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86211 - Actividades de la práctica médica, sin internación (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

Version 2.02



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

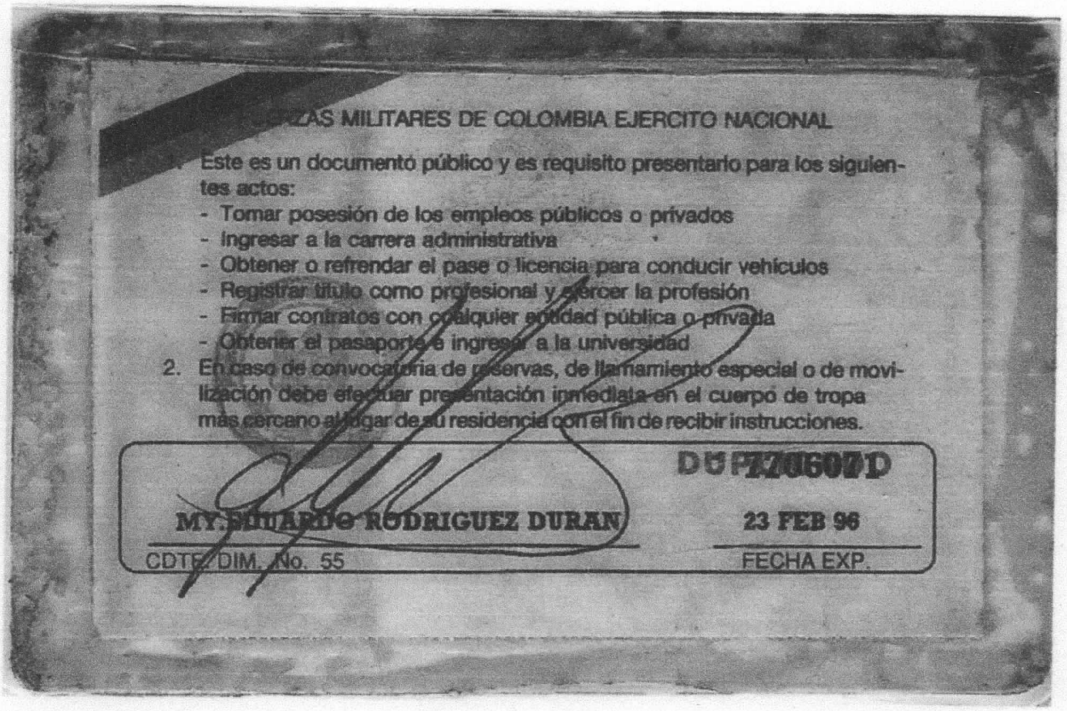
7706071

PERTENECE AL EJERCITO DE

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
06	16	26
31 - DIC.	31 - DIC.	31 - DIC.

APELLIDOS Y NOMBRES
BERNAL BERMUDEZ
FELIX ANDRES

PROFESION BACHILLER



...ZAS 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.

DE 7706071

MY. EDUARDO RODRIGUEZ DURAN — 23 FEB 96

CDTE. DIM. No. 55 — FECHA EXP.

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ

C.C o C.E 7706071

Profesión u Ocupación
MEDICO Y CIRUJANO
Especialidad

Institución de Educación
U. SURCOLOMBIANA
Ciudad **NEIVA**
Fecha de expedición diploma **27/07/2001**
Fecha de inscripción RETHUS **16/12/2016**



CMC2016-17196

Firma

Firma representante Colegio Médico Colombiano

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Cra. 15 A No. 121- 12 Of. 301
info@colegiomedicocolombiano.org

GOBERNACION DEL HUILA

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 134 DEL 2002
(ENERO 31)

Por la cual se concede una Autorización para el Ejercicio de la Profesión

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL
de conformidad con el Decreto 1875
del 3 de agosto de 1994, y

C O N S I D E R A N D O:

Que **FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ,** con Cédula de Ciudadanía No.7.706.071 expedida en Neiva (Huila), ha solicitado la autorización del ejercicio profesional como **MÉDICO Y CIRUJANO** título que le otorgó LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA, según acta de grado No. 487 y diploma del 27 de Julio del 2001.

Que dicho título se encuentra debidamente Registrado al folio No. 330 del libro de diplomas No. 2 de la Universidad.

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en La Empresa Social del Estado Hospital San Francisco de Asís del Municipio de Palermo - Huila, durante el periodo comprendido del 23 de Julio del 2001 al 28 de Enero del 2002.

R E S U E L V E:

ARTÍCULO ÚNICO: Autorícese a **FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ,** con Cédula de Ciudadanía No.7.706.071 expedida en Neiva (Huila), para ejercer como **MÉDICO Y CIRUJANO,** en el territorio Nacional.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

Dada en Neiva (Huila), el 31 de Enero 2002.

IVÁN CORTÉS LOSADA
Secretario de Salud

ALBA DEL CARMEN VARGAS DE G.
Jefe División Desarrollo Institucional y
Seguridad Social

Nubia

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 *: 7706071

Primer Nombre *: FELIX

Primer Apellido *: BERNAL

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2019-01-25→5:50:35 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	7706071	FELIX	ANDRES	BERNAL	BERMUDEZ	Ver

Información Detallada [CC: 7706071] FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ

2019-01-25→5:50:35 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	MEDICINA	2002/1/31	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO
UNV	Local	Enfermería	2002/1/31	GOBERNACION DEL HUILA - SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
UNV	Local	Medicina	2002/1/31	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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).

Scanned by CamScanner

C-4690

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Ética Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Ética Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 7706071 de Neiva y T.P. o R.M. No. 41-134/2002 del(a) Ministerio de la Protección Social, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno..

Dada en Bogotá, D. C., a los veintiuno (21) días del mes de noviembre de dos mil diecisiete (2017) a solicitud del(a) interesado(a).

F. Henao

FRANCISCO JAVIER HENAO PEREZ MD.
Presidente

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

Certificado Internacional de Vacunación o Re-vacunación contra la FIEBRE AMARILLA
International Certificate of Vaccination or Revaccinations against yellow fever.

Certifícase que Felix Andres Bernal
Cuya firma aparece a continuación.

Whose signature follows - dont la signature suit
Ha sido vacunado(a) o renovado(a) contra la Fiebre Amarilla, en la fecha indicada.
A ete vaccine(e) contre la fievre jaune a date indiquê

FECHA	FIRMA DEL PROFESIONAL VACUNADOR	ORIGEN Y No. DEL LOTE DE LA VACUNA	SELLO OFICIAL DEL CENTRO DE VACUNACION
19-07-00	[illegible]	Gouoo-A. 1352	

This certificate is valid only if the vaccine used has been approved by the World health organization and if the vaccinating center has been designated by the health administration for the territory in which that center is situated. The validity of this certificate shall extend for a period of six years, beginning ten days after the date of vaccination or in the event of revaccination within such period of six years from the date of that revaccination.

Alcaldía de Neiva
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
CARMEN EMILIA OSPINA
NIT. 813.005.265-7

INSTITUCION Centro Hospitalario
NOMBRE Felix Andres Bernal
FECHA DE NACIMIENTO 31-10-77.

UNICA DOSIS					
SARAMPIÓN RUBEOLA	17-08-04				
TOXOIDE TETANICO Ó DIFTERICO	1. 10-03-06	2.	3.	4.	5.
OTRA HB	19-07-00 - 04-09-00 - 21-11-00				

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia
Libertad y Orden
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Felix Andres
Apellidos	Bernal
Documento de Identidad:	CC [X] TI [ ] PASAPORTE [ ] No. 7706071
Fecha de Nacimiento:	Día: 13 Mes: 10 Año: 1977

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	Ref: 1909 09 UN 10025 Amtp		
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

ESQUEMA ANTIRRABICO

Nº DOSIS		Nº DIA	FECHA	FIRMA
POST-EXPOSICION	1ª	0		
	2ª	3		
	3ª	7		
	4ª	14		
	5ª	28		
PRE-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

VIGILADO Supersalud

Cruz Roja Colombiana

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

Teléfono: 746 0909 Ext. 100 Bogotá
www.cruzrojacundinamarca.org.co

118604

CARNET DE VACUNACION NACIONAL

NOMBRE Felix A Bernal B.

FECHA DE NACIMIENTO 31 Oct /77 SEXO M

TELEFONO 0@7.706.071

Sv004

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		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
TETANO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA (LOTE Nº) (Valida por 10 años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
Meningococo Menactra	1ª		
	2ª	Unica	
	3ª		
	4ª		
Neumo. Polisacarido	1ª		
	Refuerzo		
Hepatitis A	1ª		
	2ª		
Varicela	1ª		
	2ª		
Influenza (Gripe)	1ª		
	2ª		
	3ª		

U464AA

Menactra® Meningococcal (Groups A, C, Y and W-135) Polysaccharide Diphtheria Toxoid Conjugate Vaccine
Vacuna Antimeningocócica Polisacárida (Serogrupos A, C, Y y W-135) Conjugada con Toxoide Diftérico
1 dose: 0.5 mL 1 dosis: 0,5 mL
For intramuscular use. Por vía intramuscular.
Sanofi Pasteur Inc. Swiftwater PA 18370 USA

5942

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2017-03-15

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	INDEPENDIENTE	Actividad económica:	SERVICIOS
Nombre:	FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ	Documento:	CC 7706071
Fecha de nacimiento:	1977-10-31	Lugar de nacimiento:	FRESNO (TOLIMA)
Edad:	39 años	Género:	Masculino
Estado civil:	Union_libre	No. hijos vivos:	2
Dirección actual:	cl 150 a 101 20	Municipio:	BOGOTA, D.C.
Teléfono:	3168180388	Escolaridad:	Universitario_completo
Ocupación:	MEDICO	EPS:	Sanitas
Responsable**:	KATHERINE CORDOBA (ESPOSA)	Teléfono:	3162432093
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: NO REALIZADA.
Audiometría: NO REALIZADA.
Espirometría computarizada: NO REALIZADA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ con documento de identificación No. 7706071 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de MEDICO del sector económico SERVICIOS

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. Se debe capacitar en la prevención de los riesgos propios de su trabajo habitual.
2. Utilizar los elementos de protección personal requeridos para la seguridad en su trabajo habitual.

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. El ejercicio regular al menos 5 veces a la semana en sesiones de media hora, mejora el estado general, por lo que le recomendamos mantener la practica de actividades deportivas, acorde con su interés, estado físico y condición de salud. No le genera limitaciones para el desempeño de su trabajo habitual.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MEDICO: Dentro del examen Médico Ocupacional realizado se incluyo una valoración de la capacidad visual, en la que no se encontraron alteraciones que puedan afectar el desempeño de la ocupación.

ÉNFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: Este examen se realiza en condiciones de reposo. No se encontraron patologías o secuelas de estas que pudieran constituir una limitación o un riesgo para que el trabajador movilice cargas o realice actividades que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos.

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

KAROL PIERINA AMAYA CERCHIARO
Médico Cirujano
U.Metropolitana
Res 1476 de 10/02/2010
Esp. Gerencia de la Salud Ocupacional
U. Cooperativa de Colombia
Res. 9789 de 04/06/2014



Indice der

FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ
Documento: 7706071

Escanee el código si desea verificar datos

Impreso por: yesica.umana
Fecha: 2017-03-15 Hora: 14:53

En la República de Colombia y en su nombre
Interlav Ácademia Internacional S.A.S.

Permisos Oficiales

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. RESOLUCIÓN No 13392 de 2015 y Resolución No 3517, Resolución Seguridad y Salud en el Trabajo Tramite 2018ER79921 Secretaría de Distrital de Salud 2018, Decreto 1075 del 26 de mayo de 2016 Ministerio de Educación Nacional. NIT 901213419-5.

Interlav
ACADEMIA INTERNACIONAL

Certifica que:

FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ

Identificado(a) con C.C. No. 7 706 071 Expedida en NEIVA.

Asistio al Curso Teórico Práctico de:

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Expedido en la Ciudad de Bogotá D.C. El día 19 de Enero de 2019
con una duración de 40 horas.

Ministerio de Educación Nacional
República de Colombia

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Secretaría de Salud

Ministerio de Salud y Protección Social
República de Colombia

Director General

Interlav
NIT 901.213.419-5

Secretaria Académica

Scanned by CamScanner

FUCS

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD - FUCS

Certifica que:

Félix Andrés Bernal Bermúdez

C.C. 7.706.071

Asistió en calidad de participante al

CURSO "PROVEEDOR DE SOPORTE VITAL BÁSICO" - BASIC LIFE SUPPORT (BLS) Y "PROVEEDOR DE SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO" -ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE SUPPORT (ACLS), BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION

Realizado en Bogotá D.C., Colombia, del 24 al 26 de febrero de 2017, con una intensidad de 50 horas.

En constancia firman:

Dr. Sergio Parra Duarte
Rector

Dr. Mauricio Wagner Vásquez
Director Educación Continuada

Educación Continuada

ISO 9001 icontec SC - CER366083

IQNet

Vigilada MinEducación

Con el respaldo de:

HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE SAN JOSÉ

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BOGOTÁ HOSPITAL DE SAN JOSÉ

CURSO "PROVEEDOR DE SOPORTE VITAL BÁSICO" – BASIC LIFE SUPPORT (BLS) Y "PROVEEDOR DE SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO" –ADVANCED CARDIOVASCULAR LIFE (ACLS)

Contenido Temático:

- Reanimación adulto.
- Reanimación pediátrica.
- Reanimación lactantes.
- OVACE (Obstrucción vvia aérea cuerpo extraño).
- Manejo del DEA (Desfibrilador Externo Automático).
- Fibrilación ventricular.
- Taquicardia ventricular.
- Ritmos de paro.
- AESP (Actividad eléctrica sin pulso).
- Asistolia.
- Taquicardias estables e inestables.
- Bradicardias.
- Vía aérea.

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO

Proveedor de SVCA/ACLS

American Heart Association.

BERNAL BERMUDEZ FELIX ANDRES

Esta tarjeta certifica que la persona mencionada ha realizado satisfactoriamente las pruebas cognitivas y prácticas de acuerdo con el programa de Soporte Vital Cardiovascular Avanzado de la American Heart Association.

26 Feb 2017
Fecha de emisión

February 2019
Fecha de actualización recomendada

SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB/BLS)

Proveedor de SVB/BLS

American Heart Association.

BERNAL BERMUDEZ FELIX ANDRES

La persona mencionada ha realizado satisfactoriamente las pruebas cognitivas y prácticas de acuerdo con el programa de Soporte Vital Básico SVB/BLS (RCP y DEA) de la American Heart Association.

24 Feb 2017
Fecha de emisión

February 2019
Fecha de actualización recomendada

SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR AVANZADO

Nombre del centro de entrenamiento: Fundacion Universitaria de Ciencias de la Salud ZL20423

Información del centro de entrenamiento: Bogotá, COLOMBIA +57- 320-333-7459

Lugar del curso: BOGOTA

Nombre del instructor: YAMIL ANTONIO DIAB FORERO 4091295674

Firma del titular: 1db6107cf74b

© 2011 American Heart Association Manipular esta tarjeta alterará su apariencia. 90-2319US

SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB/BLS)

Nombre del centro de entrenamiento: Fundacion Universitaria de Ciencias de la Salud ID del centro de entrenamiento: ZL20423

Información del centro de entrenamiento: Bogotá, COLOMBIA +57- 320-333-7459

Lugar del curso: BOGOTA

Nombre del instructor: GERMÁN A. BARRERA DIAZ ID del instructor: 05110004068

Firma del titular: Nº CPRverify 150adcf369be

© 2016 American Heart Association Manipular esta tarjeta alterará su apariencia. 15-2301

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

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

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

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

FECHA:	14/12/2018	CIUDAD:	Bogota DC	DEPARTAMENTO:	Bogota DC

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:	OTRO
☐	☐	☒	☐	☐		

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Bernal	Bermudez	Felix	Andres.

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	7.706.071	Neiva.	1996/03/12
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
31/10/1977	Fresno	Colombia	Colombiano

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☒		2	2	3168180380

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cll 150A # 101-20 T1 T18 AP 102	Bogota DC	Bogota DC	Colombia	2006837

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
fab61977@gmail.com.	N/A.	PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Cordoba	Romero	Catherine.	

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52.799.219	Bogota.	1998/sep/10	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐	NACIONALIDAD:	Colombiana

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	Medico.
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 ☒	86211	
		NO ☐	ICA	SI ☒	NO ☐	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

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

FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☒	Subred integrada de servicios de salud centro oriente.

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA								NIT	
GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒					NIT	800215303-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MANUFACTURAMIENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cg 34 #5-43	3444484	Bogota DC	Bogota DC.	Colombia

CARGO ACTUAL	Medico.	FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)	2017/06/01

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE	CODIGO ACTIVIDAD			

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

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

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	5.310.000	GASTOS FAMILIARES	1800.000	AHORROS	0	SALDO HIPOTECA	0
HONORARIOS	0	ARRIENDOS	1,200.000	INVERSIONES	0	TARJETAS DE CREDITO	15.600.000
ARRIENDOS	0	CUOTA VEHICULO	700.000	VEHICULOS	5.000.000	DEUDA VEHICULOS	5.000.000
COMISIONES	0	CUOTA VIVIENDA	0	PROPIEDADES	0	DEUDAS TERCEROS	4.500.000
OTROS INGRESOS*	0	OTROS EGRESOS*	1,610.000	OTROS ACTIVOS*	70.000.000	OTROS PASIVOS*	65.000.000
TOTAL INGRESOS	5.310.000	TOTAL EGRESOS	5.310.000	TOTAL ACTIVOS	75.000.000	TOTAL PASIVOS	90.100.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
—	Gastos Personales	leasing habitacional	leasing habitacional

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
Romero	Gonzalez	yolanda.	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cll 148#98-40 cs 32	Bogotá DC	suegra.	13877875

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	*TIPO DE PRODUCTO*	*NUMERO*	*SUCURSAL*	*TELEFONO*
Davivienda.	cuenta ahorros	016670305412	Cali.	13383838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ TRA ☐ **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.):

Prestación de servicios de salud como medico

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

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intefvengan 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.
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 EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Felix Andres Bernal B.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA				XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION		
1.Fecha		**2. Ciudad**		**1. Fecha:**	**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:				**3. Nombre y Cargo de quien verifica:**		
4. Lugar de la Entrevista:				**4. Lugar de la verificación:**		
5. Observaciones:				**5. Observaciones:**		
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		**6. Firma y cédula:**		
7. Firma y Cédula						

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 7706071
NOMBRES Y APELLIDOS	Bernal Bermudez,Felix Andres
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	11/10/2016
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Bernal Bermudez,Felix Andres, a los 27 días del mes de noviembre del año 2018.

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

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BERNAL BERMUDEZ FELIX ANDRES** identificado(a) con **CC** número **7.706.071** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 19 de julio de 2001 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 27 de noviembre de 2018.

Cordialmente,

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

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

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

2018112709302

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

7.706.071.	Positiva.
Numero de Documento	ARL

Felix	Andres	Bernal.	Bermudez.
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

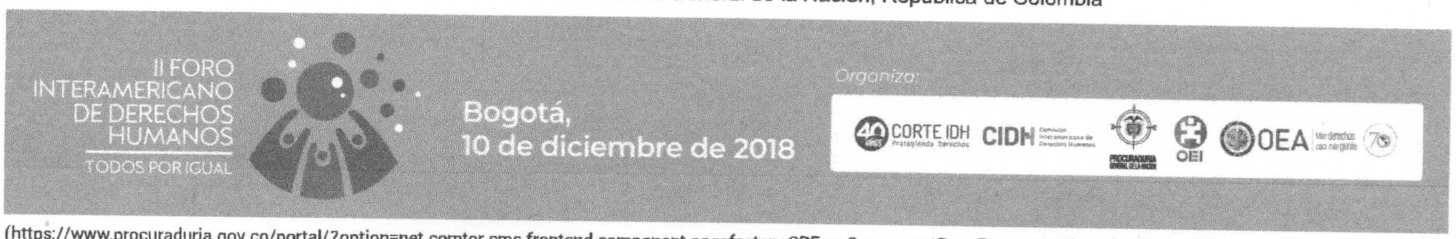
31/10/1977	Fresno	Cll 150A # 101-20 Trib-102	2006837
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Sanitas.	Protección	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Medico	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

fabb1977@gmail.com.	3168180388
Correo Electrónico	Celular

Felix Andres Bernal B.	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.



(https://www.procuraduria.gov.co/portal/?option=net.comtor.cms.frontend.component.pagefactory.SPForoComponentPageFactory&action=view&key=68)

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION (/portal/index.jsp)

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES (/portal/Antecedentes-disciplinarios.page) | SEDE ELECTRÓNICA (pqrsdf.page) | PROCESOS MISIONALES (https://www.procuraduria.gov.co/portal/index.jsp?option=co.gov.pgn.portal.frontend.component.pagefactory.ProcesoMisionalComponentPageFactory) | RELATORÍA PGN (relatoria_2018.page)

Buscar

ntaoficial) (http://www.instagram.com/procuraduria/) (https://correo.procuraduria.gov.co/owa) (https://www.procuraduria.gov.co/portal/?option=net.comtor.cms.frontend.component.pagefactory.AtomRssComponentPageFactory)

Inicio (index.jsp) / Certificado de Antecedentes (Antecedentes-disciplinarios.page) / Consulta de antecedentes (consulta_antecedentes.page) /

Certificado de Antecedentes

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación: Cédula de ciudadanía ▾ Número Identificación: 7706071

¿Escriba los tres primeros digitos del documento a consultar? 770

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 7706071.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: martes, noviembre 27, 2018 - Hora de consulta: 09:00:56

Nombres, si los datos del nombre que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic aquí para realizar la actualización según los datos de la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor diríjase a la REGISTRADURÍA más cercana. Mayor información en http://www.registraduria.gov.co/

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inactiva automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.0.0.4

Por Robert Pineda, para CDI Software, 2013

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 08:57:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	7706071
Código de Verificación	7706071181127085757

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2560902

Bogotá D.C., 27 de Noviembre de 2018 - 8:55 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **SIETE MILLONES SETECIENTOS SEIS MIL SETENTA Y UN** de NEIVA

7706071

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 11_HUPPT_558
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:54:18 horas del 27/11/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **7706071**

Apellidos y Nombres: **BERNAL BERMUDEZ FELIX ANDRES**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **14/12/2018**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor FELIX ANDRES BERNAL BERMUDEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **7706071**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570016670305412**
Fecha de apertura	**28/10/2005**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA