

Nuevo registro

Estado de las solicitudes de registro

Abajo está la lista de todos sus miembros y correspondiente estado.

Número de documento	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado		
900959051	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	16/11/2017 04:18:39 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	16 minutos de tiempo transcurrido *(06/12/2018 11:10:02 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Pendiente	Cancelar	
79513774	NESTOR FERNANDO RODRIGUEZ PEÑA	17/11/2017 12:16:58 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	17/11/2017 12:16:58 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado		
52897016	LUZ YONARA SIERRA RUBIO	6 minutos de tiempo transcurrido *(06/12/2018 11:20:32 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	6 minutos de tiempo transcurrido *(06/12/2018 11:20:38 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Cancelado		Vuelva a enviar
80196733	YEHISON ORLANDO PERILLA ARIAS	5 minutos de tiempo transcurrido *(06/12/2018 11:20:54 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	5 minutos de tiempo transcurrido *(06/12/2018 11:20:57 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Cancelado		Vuelva a enviar
1019037732	SAS	4 minutos de tiempo transcurrido *(06/12/2018 11:22:18 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	4 minutos de tiempo transcurrido *(06/12/2018 11:22:36 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Cancelado		Vuelva a enviar
900971006	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E..	3 minutos de tiempo transcurrido *(06/12/2018 11:23:30 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	3 minutos de tiempo transcurrido *(06/12/2018 11:23:30 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Pendiente	Cancelar	

Ver menos

Cambiar el estilo de paginación

Nuevo registro

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: 16-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
RODRIGUEZ	PEÑA	NESTOR FERNANDO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 79513774

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 79513774 D.M 51

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 20 MES MAR AÑO 1969

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 54 # 4A-42

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4707949

EMAIL nestor_fernando69@yahoo.es

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1987
										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*
TC	4	X		TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERÍA CON ÉNFASIS EN SOFTWARE	6	2001	79513774

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: 16-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 8 MES 11 AÑO 2017	DIA 1 MES 12 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	COORDINACION DE ENFERMERIA -	DIAGONAL 34 # 5-43

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

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencion_usurio@esesimonbolivar.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6767940	DIA 19 MES 6 AÑO 2013	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	CARRERA 65 No. 103 66

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SANTA CLARA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atencion_usuario@esesantaclara.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3282828	DIA 13 MES 12 AÑO 2011	DIA 31 MES 12 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA	CARRERA 14 No. 1 45 SUR

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Última Actualización: 16-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: CLINICA LA INMACULADA	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 5870366	*FECHA DE INGRESO*: DIA 30 MES 5 AÑO 2011	*FECHA DE RETIRO*: DIA 24 MES 4 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: COORDINACION DE ENFERMERIA	*DIRECCIÓN*: CARRERA 7 No. 68 70	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CLINICA RETORNAR	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: clinicaretornar@yahoo.es	
TELÉFONOS: 7957100	*FECHA DE INGRESO*: DIA 12 MES 2 AÑO 2010	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 5 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: COORDINACION DE ENFERMERIA	*DIRECCIÓN*: AUTOPISTA NORTE No. 87 33	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CENTRO FEMENINO ESPECIAL JOSE JOAQUIN VARGAS	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: Sibaté	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 7250912	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 5 AÑO 2009	*FECHA DE RETIRO*: DIA 13 MES 7 AÑO 2009	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA AUXILIAR DE	*DEPENDENCIA*: COORDINACION DE ENFERMERIA	*DIRECCIÓN*: KM 25 VIA SIBATE	

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: 16-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: CLINICA RETORNAR	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: clinicaretornar@yahoo.es	
TELÉFONOS: 7957100	*FECHA DE INGRESO*: DIA 30 MES 4 AÑO 2007	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 4 AÑO 2009	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: COORDINACION DE ENFERMERIA	*DIRECCIÓN*: AUTOPISTA NORTE No. 87 33	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: S.A.T SALUD A TIEMPO	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3115643772	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 4 AÑO 2005	*FECHA DE RETIRO*: DIA 2 MES 5 AÑO 2007	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: COORDINACION DE ENFERMERIA	*DIRECCIÓN*: CALLE 43 No. 55 A 36	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CLINICA DE NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: cllapaz@andinet.com	
TELÉFONOS: 2921277	*FECHA DE INGRESO*: DIA 4 MES 2 AÑO 2004	*FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 9 AÑO 2006	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: COORDINACION DE ENFERMERIA	*DIRECCIÓN*: AVENIDA CENTENARIO No. 68 F 25	

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: 16-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: FUNSABIAM	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 6088014	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 9 AÑO 2001	*FECHA DE RETIRO*: DIA 4 MES 1 AÑO 2004	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: COORDINACION DE ENFERMERIA	*DIRECCIÓN*: TRANSVERSAL 5 No. 48 52	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: E.E.B. CODENSA S.A E.S.P	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3268000	*FECHA DE INGRESO*: DIA 14 MES 12 AÑO 1995	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 12 AÑO 1997	
CARGO O CONTRATO: AYUDANTE TALLER DE	*DEPENDENCIA*: DIVISION COMPRAS Y	*DIRECCIÓN*: CARRERA 9 No. 73 44	

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	8	4
PRIVADO	9	9
PARTICULAR	0	0
TOTAL	18	1

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 16-dic-2018

Bogota D.C. 16-12-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 16-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, NESTOR FERNANDO RODRIGUEZ PEÑA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 79513774 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CRA 54 # 4A-42 **Teléfonos** 3115850305 4707949

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
NICOLAS RODRIGUEZ ACEVEDO	1022424725	HIJO(A)
JUAN SEBASTIAN RODRIGUEZ ACEVEDO	128480912	HIJO(A)
EDITH RODRIGUEZ PEÑA	51610711	HERMANO(A)
DALILA RODRIGUEZ PEÑA	51706373	HERMANO(A)
LIZANA RODRIGUEZ PEÑA	52110976	HERMANO(A)
RAFAEL RODRIGUEZ PEÑA	0	HERMANO(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	$ 18.780.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 18.780.000,00

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	450700075978	LA SALLE	$ 6.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO DAVIVIENDA	TARJETA DE CREDITO	$ 8.000.000,00
BANCO COLPATRIA	TARJETA DE CRÉDITO	$ 2.000.000,00

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	NÚMERO DOCUMENTO
ROSA NAUDITH ACEVEDO PEREZ	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	52147189

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. 16-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

EL COLEGIO DISTRITAL NOCTURNO «JOSE MANUEL RESTREPO»

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN RESOLUCION No. 20529 DEL 17 DE NOVIEMBRE DE 1.983

CONFIERE A

Néstor Fernando Rodriguez Peña

IDENTIFICADO(A) CON C.C. No. 79' 513.774 DE BOGOTA

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTOR

SECRETARIO

BOGOTA, D. E., 4 DE DICIEMBRE DE 1.9 87

ANOTADO AL FOLIO 56-R LIBRO DE REGISTRO No. 88

SECRETARIO DE EDUCACION

DADO EN BOGOTA D. E. A 9 DE Mayo DE 1.9 88

República de Colombia

La Escuela de Auxiliares de Enfermería

C E M C A

Institución de Educación no Formal
Licencia de iniciación de labores según resolución No. 5624
del 26 de Diciembre de 1994

Confiere el presente Certificado de

Técnico

en

Auxiliar de Enfermería

Con énfasis en manejo de Software Hospitalario

A

Néstor Fernando Rodríguez Peña

C.C. No. *79.513.774 de Bogotá*

Por haber culminado satisfactoriamente el programa de Auxiliar de Enfermería, realizado del 12 de Julio de 1999 al 22 de Junio de 2001 con una duración de 2.000 horas.

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA
Rector CEMCA

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA
Directora CEMCA
DIRECCION

Dado en Bogotá, D.C. a los 23 días del mes de Junio de 2001

Acta de Grado

Inscripción S. E. 1898
DANE: 111001-05839

COLEGIO DISTRITAL NOCTURNO
"JOSE MANUEL RESTREPO"

Calle 2a. Bis No. 56A-67 - Tel. 260 56 34

En la ciudad de Bogotá, D. E., a los CUATRO (4) día(s) del mes de Diciembre de 1.987 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 Distrital Nocturno JOSE MANUEL RESTREPO Institución aprobada hasta NUEVA VISTA. en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de BACHILLER en la Modalidad ACADEMICA según Resolución No. 20529 del 17 de Noviembre de 1.983

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER A C A D E M I C O al graduando cuyos nombres, apellidos y Número del documento de identidad se relacionan a continuación:

NOMBRE NESTOR FERNANDO RODRIGUEZ PEÑA

C.C. ó T.I. No. 79.513.774 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta original general No. CATORCE (14) de fecha 4 diciembre de 1987 que consta de 66 alumnos graduados, comienza con el nombre de IRMES ALFONSO AGUIRRE y se cierra con el nombre de TRUJILLO GARCIA RUTH YANETH.

Firmada y Sellada por: ZENON DIAZ GOMEZ (Rector) y LUCY ESPERANZA PALACIOS BALLEN (Secretario).

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1.981.

Dada en Bogotá, D. E. a los 23 días del mes de Febrero de 1.988

COLEGIO DISTRITAL NOCTURNO RECTORIA JOSE MANUEL RESTREPO

Rector
C. C. No. 17.103.405 de Bogotá

COLEGIO DISTRITAL NOCTURNO SECRETARIA JOSE MANUEL RESTREPO

Secretario
C. C. No. 41.466.728 de Bogotá

Kamay 284 32 13 – Bogotá

CEMCA

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA

APROBACION
ACUERDO 01 DE MARZO DE 1993 MINISTERIO DE SALUD
RESOLUCION 5624 DE 1994 SECRETARIA DE EDUCACION

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de Santa Fé de Bogotá, a los veintidos (22) días del mes de junio de dos mil uno (2.001), se reunieron los suscritos Rector y Directora de la Escuela de AUXILIARES DE ENFERMERIA "CEMCA", con el fin de estudiar los resultados académicos y prácticos de los estudiantes de cuarto semestre, con el propósito de conferirles la certificación correspondiente como AUXILIARES DE ENFERMERIA.

Comprobada la situación académica y verificadas las diferentes actividades de prácticas de atención primaria y secundaria de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al último semestre de AUXILIARES DE ENFERMERIA, se procedió a otorgar el certificado al egresando cuyos apellidos, nombres y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

RODRIGUEZ PEÑA NESTOR FERNANDO
C.C. N° 79.513.774 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta General de Grado No. 018 de fecha veintidos (22) de junio de dos mil uno (2.001), que consta de 260 alumnos, que comienza con el nombre de ACERO ORTIZ VIVIANA CAROLINA y termina con el nombre de ZARATE GARZON LUZ MARINA, firmada y sellada por LUIS EDUARDO SANCHEZ VASQUEZ (Rector) y MARLEN ALVAREZ RICAURTE (Directora).

Dada en Santa Fé de Bogotá D.C., a los veintitres (23) días del mes de junio de dos mil uno (2.001).

LUIS EDUARDO SANCHEZ VASQUEZ
C.C. No. 17'067.843 de Bogotá
Rector

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA
CEMCA
RECTORIA

MARLEN ALVAREZ RICAURTE
C.C No. 39.520.613 de Engativá
Directora

ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA
CEMCA
DIRECCION

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS

En cumplimiento a la Resolución 2003 de 2014

Hace constar que:

NÉSTOR FERNANDO RODRÍGUEZ PEÑA

Identificado(a) con documento de Identidad C.C. 79513774

Realizó y aprobó el Curso de Salud Mental,
con una duración de 40 horas .
Bogotá, D.C., Noviembre de 2018

Yidney Isabel García Rodríguez
Gerente

Dora Alicia Martínez Pamplona
Director Operativo Gestión del Talento Humano

El presente certificado tiene validez ante el Proceso de Habilitación y Acreditación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

COLCAN

CERTIFICA QUE:

RODRIGUEZ PEA NESTOR FERNANDO

No. de identificación: 79513774

Cursó y aprobó satisfactoriamente el curso de Toma, embalaje y transporte de muestras.

Con una intensidad horaria de doce (12) horas.

FREDDY ANDRADE NARVÁEZ
Director Científico

5 de diciembre de 2018
Fecha de expedición: DD MM AAAA

COLCAN
30 años de servicio

Evolucionamos como la vida

www.laboratoriocolcan.com

Bogotá D.C

Señores:

CEMCA

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Néstor Fernando Rodríguez Peña 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:

Técnico en Auxiliar de Enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 79513774 de Bogotá D.C.

Tarjeta profesional No: 79513774

Dirección de contacto: Cra 54 # 4A-42

Teléfono: 4707949 - 3115850305

CERTIFICA

Que revisados los archivos de esta dependencia se constató que **RODRIGUEZ PEÑA NESTOR FERNANDO**, identificado con cédula de ciudadanía **79.513.774**, ha suscrito Órdenes de Prestación de Servicios con esta institución así:

AS 3595 2011	del	13 de diciembre al 31 de diciembre de 2011
AS 220 2012	del	10 de enero al 30 de septiembre de 2012
AS 2336 2012	del	01 de octubre al 31 de octubre de 2012
AS 2664 2012	del	02 de noviembre al 30 de noviembre de 2012
AS 3585 2012	del	01 de diciembre al 31 de diciembre de 2012
AS 2002 2013	del	01 de julio al 31 de agosto de 2013
AS 2556 2013	del	01 de septiembre al 30 de septiembre de 2013
AS 3750 2013	del	07 de octubre al 31 de octubre de 2013
AS 4589 2013	del	20 de noviembre al 31 de diciembre de 2013
AS 480 2013	del	01 de enero al 30 de junio de 2013
AS 0236 2014	del	01 de enero al 31 de mayo de 2014
AS 1739 2014	del	03 de junio al 31 de agosto de 2014
AS 3133 2014	del	01 de septiembre al 31 de octubre de 2014
AS 4207 2014	del	01 de noviembre al 30 de noviembre de 2014
AS 5105 2014	del	30 de diciembre al 31 de diciembre de 2014
AS 0292 2015	del	02 de enero al 31 de agosto de 2015
AS 2222 2015	del	07 de septiembre al 30 de noviembre de 2015
AS 3844 2015	del	01 al 31 de diciembre de 2015
AS 0401 2016	del	01 de enero al 31 de diciembre de 2016

		ELABORÓ	
FIRMA			
NOMBRE		Ana Sofía Botina Muñoz	
CARGO		Profesional Talento Humano	

Continuación de certificado de RODRIGUEZ PEÑA NESTOR FERNANDO

Con Orden de Prestación de Servicios vigente AS 0401 2016, plazo de ejecución del 01 de enero al 31 de diciembre de 2016, honorarios promedio mensuales ($1.205.874) y actividades como APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA.

Se expide la presente certificación a los veinticinco (25) días del mes de enero de dos mil diez y seis (2016) a solicitud del interesado.

NUBIA YANNETH OSTOS BUSTOS
Profesional Especializado Talento Humano

		ELABORÓ	
FIRMA			
NOMBRE		Ana Sofía Botina Muñoz	
CARGO		Profesional Talento Humano	

Hermanas Hospitalarias
CLINICA LA INMACULADA

LA COORDINADORA DE TALENTO HUMANO
DE LA CLINICA LA INMACULADA
NIT. 860.007.760 – 1.

CERTIFICA

Que el (la) Señor(a) **NESTOR FERNANDO RODRIGUEZ PEÑA** identificado(a) con cédula de ciudadanía **No. 79.513.774,** presta sus servicios en nuestra entidad como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** desde el **30 DE MAYO DE 2011**, con un contrato de **PRESTACION DE SERVICIOS.**

La anterior se expide el día **24 DE ABRIL DE 2012,** a solicitud del (a) interesado(a).

Atentamente,

HERMANAS HOSPITALARIAS del Sagrado Corazón de Jesús CLINICA LA INMACULADA

CAROLINA NIÑO CASAS
Coordinadora de Talento Humano

Carrera 7ª 68-70. Bogotá, D.C. (COLOMBIA)
PBX: (+57) 1 358 12 00. FAX: 358 12 05
www.clinicalainmaculada.org

CLINICA RETORNAR
rehabilitación
salud mental

CERTIFICACION

La **CLINICA RETORNAR S.A.S.** Nit 800.160.827 – 1 certifica que **NESTOR FERNANDO RODRIGUEZ PEÑA** identificado con cedula de ciudadanía No 79.513.774 de Bogotá , prestó sus servicios a nuestra entidad desempeñándose como Auxiliar de Enfermería, desde el día doce de febrero de dos mil diez (12/ 02/ 2.010) hasta el día treinta y uno de Mayo de dos mil once (31 / 05 / 2.011). con contrato por prestación de servicios , de acuerdo a disponibilidad (turnos).

Durante el tiempo de labores demostró responsabilidad y espíritu de colaboración en sus funciones.

Se expide la presente certificación a petición del interesado a los siete días del mes de Junio de dos mil Once (07 / 06 / 2.011)

Atentamente:

HUMBERTO RINCON C.
Administrador General

CONGREGACION HERMANAS DOMINICAS DE LA PRESENTACION
NIT: 860.006.745-6

CERTIFICACION

Por medio de la presente certifico que **NESTOR FERNANDO RODRIGUEZ PEÑA,** identificado con la cédula de ciudadanía No.79.513.774 de Bogotá, laboró en esta Institución desde el (02) Dos de Mayo de 2009 hasta el (13) Trece de Julio de 2009, desempeñándose como **AUXILIAR DE PROTECCION- AUXILIAR DE ENFERMERIA,** con una asignación mensual de ($600.000) Seiscientos Mil Pesos M/cte. Y con un contrato a termino fijo inferior a un año.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los (22) Veintidós días del mes de Julio de 2.009.

Cordialmente,

DORA PALACIOS MANRIQUE
Jefe de Recursos Humanos

KM 25 VIA SIBATE
TEL 7250910-7250912
CELULAR 3133764718

CLINICA RETORNAR
rehabilitación
salud mental

CERTIFICACION

La **CLINICA RETORNAR. REHABILITACION EN SALUD MENTAL** Nit 800.160.827 – 1 certifica que **NESTOR FERNANDO RODRIGUEZ PEÑA** identificado con cedula de ciudadanía No 79.513.774 de Bogotá laboró con nuestra entidad desempeñándose como enfermero auxiliar, desde el mes de Abril de 2007, hasta el mes de Abril del año en curso, con contrato por servicios, de acuerdo a la disponibilidad en tiempo y horario del auxiliar (turnos), recibiendo por esta labor un valor acordado por turno.

Durante este tiempo de labores demostró ser una persona responsable, honesta y cumplidora de sus obligaciones.

Se expide la presente certificación a petición del interesado a los once días del mes de Agosto de dos mil nueve (11/08/2009).

HUMBERTO RINCON C.
Administrador General.

Autopista Norte No. 87-33 • PBX 611 5616 • Telefax: 611 5484 • E-mail: clínicaretornar@yahoo.es • Bogotá - Colombia

Av. Centenario No 68F- 25
Bogotá, D.C. - Colombia

CLINICA DE NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ

GESTION HUMANA

CERTIFICA

Que el(la) señor(a) ***NESTOR FERNANDO RODRIGUEZ PEÑA*** , identificado(a) con cédula de ciudadanía No. ***79.513.774*** de Bogotá, estuvo vinculado(a) a ésta Institución durante el periodo comprendido entre el CUATRO (04) de FEBRERO de DOS MIL CUATRO (2004) y el TREINTA (30) de SEPTIEMBRE de DOS MIL SEIS (2006) desempeñando el cargo de **AUXILIAR ENFERMERIA.**

Durante la permanencia en la institución demostró buen desempeñó en las funciones asignadas.

La presente se expide a solicitud del interesado(a), en Bogotá DC., a los dieciocho (18) días del mes de Octubre de 2006.

Atentamente,

CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ
RECURSOS HUMANOS
Bogotá D.C.

GLORIA ARENAS ZAMBRANO
Gestor de Talento Humano

PBX: 292 1277- 292 0520- 2923932
Fax: 2921766 *A.A.* 7202- 82531
E- mail: cllapaz@andinet.com

La Dirección de Recursos Humanos de
La Fundación para la Salud, la Bioética y el Medio Ambiente
-FUNSABIAM-

CERTIFICA QUE:

El Señor ***NESTOR FERNANDO RODRIGUEZ****, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.513.744 de Bogotá, laboró en esta Fundación en el cargo de Auxiliar de Enfermería, desde el septiembre de 2001 hasta 04 de enero de 2004.*

El señor Rodríguez durante este tiempo demostró ser una persona honrada, eficiente y responsable.

Se expide la siguiente certificación a solicitud del interesado el día 14 de enero de 2004.

Cordialmente,

FRANCY HELENA PEDREROS
Dir. Recursos Humanos

Transversal 5 No. 48-52 Telefax: 232 6315 - Bogotá, D.C. - Colombia

CODENSA S.A. ESP
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE BOGOTA

LA SUSCRITA JEFE (E) DE LA DIVISION ADMINISTRACION DE PERSONAL DE "CODENSA" S.A. EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS

HACE CONSTAR:

Que el señor (a) **NESTOR RODRIGUEZ PEÑA**,identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. **79513774**, prestó sus servicios en la Empresa de Energía de Bogotá desde el **14/12/95** hasta el **23 de octubre de 1997.**

Que en virtud del proceso de reestructuración y capitalización de la EEB, estuvo vinculado a **CODENSA S.A. ESP** hasta el 31 de diciembre de 1997.

Que el último cargo desempeñado fue **AYUDANTE TALLER TRANSFORMADORES** en la **Divisi¾n Compras y Aprovisionamiento**

Que el ultimo salario básico mensual fue de **$274293**

Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C., a los treinta y un (31) días del mes de diciembre de 1997.

Cielo Leon

CIELO EDITH LEON PERDOMO

12069

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.513.774**

RODRIGUEZ PEÑA

APELLIDOS

NESTOR FERNANDO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-MAR-1969**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

14-SEP-1987 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500100-00000921-M-0079513774-20080320 0000023443A 1 1540005016

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 14385833869

(415)7707212489984(8020) 000001438583386 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 5 1 3 7 7 4	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 9 5 1 3 7 7 4	1 9 8 7 0 9 1 4

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RODRIGUEZ	PEÑA	NESTOR	FERNANDO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal
CR 58 2 B 01 BRR GALAN

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
nestor_fernando69@yahoo.es		2 9 0 2 3 3 0 4 7 0 7 9 4 9	3 1 1 5 8 5 0 3 0 5

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 1 0 8 3 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
2	0																

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

54. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 6 0 8 1 9

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 RODRIGUEZ PEÑA NESTOR FERNANDO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO SIN COSTO DOCUMENTO

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

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

Fecha:14/12/2018

CONTRIBUYENTE	C.C. 79513774	NESTOR FERNANDO RODRIGUEZ PE¿A

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 58 2B 01 BRR GALAN Teléfonos: 4707949

Dirección electrónica: nestor_fernando69@yahoo.es 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: 31/08/2001 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (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.

Fuente: RIT-SHD


REPUBLICA DE COLOMBIA
MILITAR
7951374
APELLIDOS Y NOMBRES
RODRIGUEZ PEÑA
NESTOR FERNANDO
RAMÓN
ESP. VIL
TECN. TRANSPOR


SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CETIFICADO DE INSCRIPCION
13-08-2001
RODRIGUEZ PEÑA
NESTOR FERNANDO
CC 79513774
SALUD
AUXILIAR DE ENFERMERIA
FIRMA AUTORIZADA

Secretaría
SALUD
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA, D.C.

Resolución No 5716 de 30/07/2001

Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) RODRIGUEZ PEÑA NESTOR FERNANDO Identificado(a) con CC número 79513774 expedida en BOGOTA D,E solicitó ante esta Secretaría la refrendación de su CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA ESCUELA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA CEMCA el día 23/06/2001 y registrado en el libro XX Folio XX año XX
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a RODRIGUEZ PEÑA NESTOR FERNANDO identificado(a) con CC número 79513774 expedida en BOGOTA D,E para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde refrendó el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.
RTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C. a los 30/07/2001

ORIGINAL FIRMADO POR
JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO

JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO
Director de Desarrollo de Servicios

vrs

Bogotá, D.C 13-08-2001
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Nestor Fdo Rodriguez Pena
CC. # 79'513.774 Bta
Res # 5716 fecha: 30-07-2001
Firma Nestor Fernando Rodriguez

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 *: 79513774

Primer Nombre *: nestor

Primer Apellido *: rodriguez

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-16--4:22:14 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	79513774	NESTOR	FERNANDO	RODRIGUEZ	PENA	Ver

Información Detallada [CC: 79513774] NESTOR FERNANDO RODRIGUEZ PENA

2018-12-16--4:22:14 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2001/7/30	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).

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE Nº	VACUNADOR
HEPATITIS B	1ª	12 DIC 2017		Angelica
	2ª	13 ENE 2018	Hepavax	Alexandra O
	3ª	20 JUN 2018	1434034.02	Andrea Toro

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE Nº	VACUNADOR
HEPATITIS A	1ª			
	2ª			

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE Nº	VACUNADOR
VARICELA	1ª			
	2ª			

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE Nº	VACUNADOR
INFLUENZA	1ª			
	2ª			

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE Nº	VACUNADOR
FIEBRE AMARILLA	1ª			

SUBDIRECCIÓN SALUD C.A.S. FLORESTA

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE Nº	VACUNADOR
T.D.	1ª			
	2ª			
	3ª			
	4ª			
	5ª			

	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE Nº	VACUNADOR
VPH	1ª			
	2ª			
	3ª			

Hepavax-Gene® TF iny. I.M. (1)
Vacuna Hepatitis B (rDNA), Sin Timerosal
1mL (20µg - 1 dosis adulto)
Almacenar de 2°C - 8°C. NO CONGELAR
Janssen Vaccines Corp.
Reg. No.: INVIMA 2017M-0006143-R1
Lot No. : 1434033. 03
Exp. Date: 2020. 01. 09

Hepavax-Gene® TF iny. I.M. (3)
Vacuna Hepatitis B (rDNA), Sin Timerosal
1mL (20µg - 1 dosis adulto)
Almacenar de 2°C - 8°C. NO CONGELAR
Janssen Vaccines Corp.
Reg. No.: INVIMA 2017M-0006143-R1
Lot No. : 1434034. 02
Exp. Date: 2020. 01. 10

Este carné debe traerlo en cada consulta en buen estado.

Hepavax-Gene® TF iny. I.M.
Vacuna Hepatitis B (rDNA), Sin Timerosal
1mL (20µg - 1 dosis adulto)
Almacenar de 2°C - 8°C. NO CONGELAR
Janssen Vaccines Corp.
Reg. No.: INVIMA 2017M-0006143-R1
Lot No. : 1434033. 03
Exp. Date: 2020. 01. 09 (2)

OTRAS	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE Nº	VACUNADOR

OBSERVACIONES: _____

CAFAM

Caja de Compensación Familiar

CAFAM

Salud



Nos apasiona verte vital y saludable

Carné de Vacunación

Nombre: Nestor fernando Rodriguez

Identificación: 79513774 Teléfono: _____

Dirección: _____

_____

Centro de Atención

VIGILADO SuperSubsidio Cafam Dirección Cultura y Comunicaciones

CERTIFICADO OCUPACIONAL

Fecha de impresión 23/12/2016 9.16 AM

www.controlarsalud.com

DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	CONTROLAR SALUD INTEGRAL S.A.S.	Nit	830103479-8
Dirección	Carrera 45ª No 94 – 91 barrio Castellana		
Teléfonos	PBX. 7420428 Celular: 3107934325	e-mail	controlarsalud@yahoo.com.mx



Fecha del Examen 23-Dec-16

Tipo del Examen PREOCUPACIONAL

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	NESTOR FERNANDO RODRIGUEZ PEÑA			Identificación	CC	Nro	79513774
Fecha de Nacimiento	1969/03/20	Edad	47		Sexo	M	
Empresa	PARTICULAR						
Cargo	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
Sucursal	HOSPITAL SIMON BOLIVAR						

EXAMENES REALIZADOS

647821	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CONCEPTO

CONCEPTO	APTO
RECOMENDACIONES	-HIGIENE POSTURAL -PAUSAS ACTIVAS - USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL QUE REQUIERA PARA EL CARGO
OBSERVACIONES	NUTRICION POR LA EPS Y CITA POR OPTOMETRIA DEBE USAR LA CORRECCION VISUAL

Controlar SALUD INTEGRAL S.A.S NIT. 830.103.479-8

Certifico que he comprendido, los beneficios , la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclinicos, ocupacionales que me han practicado anexando y he recibido y entendido las recomendaciones y observaciones dadas por el medico y otros profesionales.

NESTOR FERNANDO RODRIGUEZ PEÑA
79513774
Firma del trabajador Evaluado

Angela Barón S.
R.M. 251489
L.S.O. 7356/09

ANGELA BARON SAAVEDRA
CC 51895392 RM LSO 7356/2009
Firma y sello del médico

REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE:

CENTRO SUPERIOR ESAT

"EDUCACION, SALUD, ARTE Y TECNOLOGIA"

NIT. 900820764-1

EDUCACION INFORMAL
DECRETO 4904/2009 CAPITULO V No. 5.8
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ESAT
Educación Salud Administración Turismo

CERTIFICA QUE:

NESTOR FERNANDO RODRIGUEZ PEÑA

CC.No 79.513.774 de Bogota

ASISTIÓ Y PARTICIPÓ EN EL CURSO TEORICO-PRÁCTICO

ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS

Centro Superior ESAT S.A.S.
Educación - Salud - Administración - Turismo
NIT. 900.820.764-1
Bogotá - Colombia

REPRESENTANTE LEGAL

Centro Superior ESAT S.A.S.
Educación - Salud - Administración - Turismo
NIT. 900.820.764-1
Bogotá - Colombia

COORDINADOR ACADÉMICO

Bogota D.C 01 de diciembre del 2018
VIGENCIA(2)AÑOS

CSE00820-01-12-18

REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE:

CENTRO SUPERIOR ESAT

"EDUCACION, SALUD, ARTE Y TECNOLOGIA"
NIT. 900820764-1
EDUCACION INFORMAL
DECRETO 4904/2009 CAPITULO V No. 5.8
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ESAT
Educación Salud Administración Turismo

CERTIFICA QUE:

NESTOR FERNANDO RODRIGUEZ PEÑA

CC.No 79.513.774 de Bogota

ASISTIÓ Y PARTICIPÓ EN EL CURSO TEORICO-PRÁCTICO

SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

CON UNA INTENSIDAD DE 25 HORAS

Centro Superior ESAT S.A.S.
Educación - Salud - Administración - Turismo
NIT. 900.820.764-1
Bogotá - Colombia

REPRESENTANTE LEGAL

Centro Superior ESAT S.A.S.
Educación - Salud - Administración - Turismo
NIT. 900.820.764-1
Bogotá - Colombia

COORDINADOR ACADÉMICO

CSE00819-01-12-18

Bogota D.C 01 de diciembre del 2018
VIGENCIA(2)AÑOS

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

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

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

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

FECHA:	2018-12-14	CIUDAD:	BOGOTA D.C	DEPARTAMENTO:	BOGOTA D.C

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
RODRIGUEZ	PEÑA	NESTOR	FERNANDO

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	79,513,774	BOGOTA D.C	1987-09-14
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1969-03-20	BOGOTA D.C	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ VIUDO(☐	3	2	3115850305

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CARRERA 54 # 4 A - 42	BOGOTA D.C	BOGOTA D.C	COLOMBIA	4707949

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
nestor_fernando69@yahoo.es		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ACEVEDO	PEREZ	ROSA	NAUDITH

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	52147189	BOGOTA D.C	1992-05-12	
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐	NACIONALIDAD:	COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA		IVA			CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐		SI ☐	NO ☒	8692	
		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 ☒					900959051-7
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	ECNOLOGIA ☐	LIMENTOS ☐	DICAMENTOS ☐		
OTRA ☐	CUAL:								

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIAGONAL 34 #5-43	3344484	BOGOTA D.C	BOGOTA D.C	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	AUXILIAR DE ENFERMERIA	FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)	2017-11-08

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	500,000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	1,524,600	ARRIENDOS	800,000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	10,000,000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	224,000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**1,524,600**	**TOTAL EGRESOS**	**1,524,000**	**TOTAL ACTIVOS**	**0**	**TOTAL PASIVOS**	**10,000,000**

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
VELA	**CHAVARRO**	**JOSE**	**MAURICIO**
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CARRERA 91 C # 5 A - 45 SUR	**BOGOTA D.C/BOGOTA D.C/COLOMBIA**	**COMPAÑERO LABORAL**	**3114423265**

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DAVIVIENDA	**CUENTA DE AHORROS**	**450700075978**	**LA SALLE**	**3383838**

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.):

TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.
Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
Profesional Independiente/Contratistas por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados **financieros certificados + declaración de renta si es declarante Nota:** Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

10. AUTORIZACION REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO.- AUTORIZACION EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.
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



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							

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) NESTOR FERNANDO RODRIGUEZ PEÑA identificado con CC 79513774 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios: **21/10/2001**

IPS Cotizante: **CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**

Categoría: **A**

Estado: **ACTIVO**

Beneficiarios	Identificación	IPS	Tipo Afiliado	Inicio Vig.	Estado
ROSA NAUDITH ACEVEDO PEREZ	CC 52147189D		BENEFICIARIO	21/10/2001	CANCELADO
ROSA NAUDITH ACEVEDO PEREZ	CC 52147189	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	BENEFICIARIO	21/10/2001	ACTIVO
JUAN SEBASTIAN RODRIGUEZ ACEVEDO	TI 1028480912	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	BENEFICIARIO	26/01/2006	ACTIVO
NICOLAS RODRIGUEZ ACEVEDO	CC 1022424725	CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	BENEFICIARIO	21/10/2001	ACTIVO

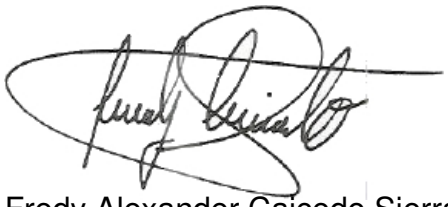
La presente solicitud se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE** , a los 02 días del mes de diciembre del año 2018 .

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **NESTOR FERNANDO RODRIGUEZ PEÑA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **79513774,** se encuentra afiliado (a) desde **18/12/1995** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado de Salida	2	PROTECCION S.A.	01/10/2001	Afiliado sin cotizaciones entre 20070701 al 20071231 y con última cotización en el RAI
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/03/2017	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 02 de diciembre de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

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

79513774	Positiva.
Numero de Documento	ARL

Néstor	Fernando	Rodríguez	Peña.
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

20/03/1969	Bogotá D.C.	Cra 54 #4A-42	4707949
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Famisanar	Colpensiones	$ 1'524.600=
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar de Enfermería	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

nestor_fernando69@yahoo.es	3115850305
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afiliado

Safuri
Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C. 52284299

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 118774382

WEB
11:03:25

Bogotá DC, 04 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) NESTOR FERNANDO RODRIGUEZ PEÑA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79513774:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 02 de diciembre de 2018, a las 12:59:00, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	79513774
Código de Verificación	79513774181202125900

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2574815

Bogotá D.C., 2 de Diciembre de 2018 - 13:00 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **NESTOR FERNANDO RODRIGUEZ PEÑA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **SETENTA Y NUEVE MILLONES QUINIENTOS TRECE MIL SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO** de BOGOTA

79513774

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_6BBTL_5912
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 13:01:11 horas del 02/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **79513774**
Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ PEÑA NESTOR FERNANDO**

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.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A

CERTIFICACIÓN

Bogotá **2018/12/03**
COLOMBIA

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor NESTOR FERNANDO RODRIGUEZ PENA** con **Cédula de Ciudadanía** número **79513774** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número:	**450700075978**
Fecha apertura:	**2013/05/22**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
0484151