REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.067.885.688

VEGA CALAO

APELLIDOS

OVIER DAVID

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-FEB-1990

MONTERIA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

28-ABR-2008 MONTERIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1300100-00157403-M-1067885688-20090524 0011774365A 1 28025255

Libertad y Orden

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO ( O DE CASADA )* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| VEGA | CALAO | Oliver Dario |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN* C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1067885688 | *SEXO* F ( ) M (X) | *NACIONALIDAD* COL. (X) EXTRANJERO ( ) | *PAÍS* Colombia

*LIBRETA MILITAR*

PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO 1067885688 D.M PM 13

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DÍA 07 MES 02 AÑO 1990

PAÍS Colombia

DEPTO Cordoba

MUNICIPIO Monteria

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

CL 44 Sur 72A -82

PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca

MUNICIPIO Bogota

TELÉFONO 393 8013 EMAIL Oliversa@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 BÁSICA* | | | | | | | | | | | *TÍTULO OBTENIDO:* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| 1o. | 2o. | 3o. | 4o. | 5o. | 6o. | 7o. | 8o. | 9o. | 10 | 11 | MES 12 AÑO 2008 |
| | | | | | | | | | | X | |

***EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)***

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

**TC** (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
**ES** (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

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

| *MODALIDAD ACADÉMICA* | *No.SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO SI* | *GRADUADO NO* | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO* | *TERMINACIÓN MES* | *TERMINACIÓN AÑO* | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tc | 4 | X | | Auxiliar Enfermeria | 11 | 2003 | 1067885688 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

| *IDIOMA* | *LO HABLA* R | B | MB | *LO LEE* R | B | MB | *LO ESCRIBE* R | B | MB |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Español | X | | X | | | X | | | X |
| English | X | | | X | | | X | | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

*EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO ACTUAL* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| SUBRED Integrada de Servicios Salud Sur. | X | | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Cundinamarca | Bogota | Oviedoyes8@gmail.com |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3108654461 | DÍA 01 MES 02 AÑO 2014 | DÍA 30 MES 06 AÑO 2017 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| Auxiliar de Facturacion | Unidad del Sur | Cll 9N 39-46 |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

*EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR*

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| | | | |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| | | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DÍA MES AÑO | DÍA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| | | |

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| *OCUPACIÓN* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| *SERVIDOR PÚBLICO* | 3 | 4 |
| *EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO* | | |
| *TRABAJADOR INDEPENDIENTE* | | |
| ***TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA*** | | |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha de diligenciamiento* 19/01/2018 / DC. Bogota.

*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.

Bogota D.C 1 feb 2018

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

# FORMULARIO UNICO
# DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
# PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, Oliver David Vega Calao

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3 N° 1067885688 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

| País | Departamento | Municipio |
|---|---|---|
| Colombia | Cundinamarca | Bogota |

| Dirección | Teléfonos |
|---|---|
| Cll 440 Sur 72A - 82 | 3938013 |

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| Lucely Maria Calao | 34992007 | Mama |
| Daniel Aldobal Vega | 6883294 | Papa |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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 | |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | |
| GASTOS DE REPRESENTACION | - |
| ARRIENDOS | - |
| HONORARIOS | - |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | - |
| **TOTAL** | $ - |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| Davivienda | Ahorro | 007590398520 | Kenedy | 0 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

EMPLEADOR O CONTRATANTE

## 1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| ARRIENDO | VIVIENDA | 260.000 |
| SERVICIO PUBLICO | SERVICIOS P. | 150.000 |
| SERVICIO TRANSPORTE | | 80.000 |
| | | |
| | | |

## 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** ☐ 1 **NO** ☐ 2 tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE | DOCUMENTO DE IDENTIFICACION<br>C.C. ☐ 1 C.E. ☐ 2 T.I ☐ 3 | N° |
|---|---|---|
| | | |

## 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

Julian David VEGA
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

DC. Bogota. 19/01/2018
CIUDAD Y FECHA

DAFP-OAP

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA**
**LINEA GRATUITA DE ATENCION AL CLIENTE No. 9800-17770**

**INSTITUCION EDUCATIVA LICEO LA PRADERA**
*Calle 23 No. 27-28 B/ La Pradera Teléfono: 7927341*
**NIT: 812, 001,994-6REGISTRO DEL DANE No 123001003741**
**Montería - Córdoba**

POR ACUERDO 050 DE DICIEMBRE 15 DE 1993 Y CON RECONOCIMIENTO OFICIAL DE SUS ESTUDIOS EN LOS NIVELES DE PREESCOLAR, BASICA Y MEDIA ACADEMICA EN SUS JORNADAS DIURNAS Y NOCTURNAS, MEDIANTE RESOLUCION No 0003346 DEL 10 AGOSTO DE 2001 DE LA SECRETARIA DE EDUCACION DEPARTAMENTAL Y RASTIFICADA MEDIANTE RESOLUCION No. 0752 DE JUNIO 12 DE 2009 DE LA SECRETARIA DE EDUCACION MUNICIPAL.

LOS SUSCRITOS RECTOR Y SECRETARIA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA "LICEO LA PRADERA" DE MONTERIA

H A C E N C O N S T A R:

Que el (la) joven VEGA CALAO OVIER DAVID, cursó y aprobó el grado 11° de *Educación Media Vocacional durante el año lectivo 2008y obtuvo el Título de* BACHILLER ACADEMICO, según acta No. 008 de diciembre 12 de 2008 No. de orden 140 del libro de registro No. 2 folio 090, durante la permanencia en esta institución observó BUENA CONDUCTA.

Para constancia se firma en Montería, a los 14 días del mes de octubre de 2009.

ESP. JOSE FRANCISCO ANAYA VARGAS
C.C. No 15.0115.507 DE Lorica
Rector

CARMEN CECILIA NARANJO L
c.c. No 34.972.115 de Montería
Secretaria

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE LA:

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA
# LICEO LA PRADERA

MONTERÍA - CÓRDOBA

CON RECONOCIMIENTO OFICIAL DE LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA, MEDIANTE RESOLUCIÓN No 0003346 DE AGOSTO 10 DE 2001

**Confiere a:**

## OMER DAVID VEGA CALAO

IDENTIFICADO (A) CON C.C. No. 1.067.885.688 DE MONTERIA

*EL TITULO DE:*

# BACHILLER ACADÉMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACIÓN MEDIA ACADÉMICA, SEGÚN LOS PLANES Y PROGRAMAS ESTABLECIDOS EN EL PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL (P.E.I.)

Anotado en el Control Interno del Plantel

Libro No. 2 Folio No. 069 Diploma No. 08-114

Dado en Montería - Córdoba, a los 12 días del mes de Diciembre de 2008

PEDRO QUIÑONES SALAZAR
C.C. No. 6.864.503 de Montería
Rector

CARMEN CECILIA NARANJO
C.C. No. 34.972.115 de Montería
Secretaria

D.E.C

ACTA DE GRADO

No. 08-114

# INSTITUCIÓN EDUCATIVA
# LICEO LA PRADERA
MONTERIA – CÓRDOBA

En Montería, Departamento de Córdoba a los 12 días del mes de Diciembre de 2008 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA LICEO LA PRADERA, Institución con Reconocimiento Oficial, autorizada por la Secretaría de Educación del Departamento de Córdoba, para otorgar título de bachiller en la modalidad ACADÉMICA mediante Resolución No. 0003346 de Agosto 10 de 2001.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el título de **BACHILLER ACADÉMICO** al graduado cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relaciona a continuación:

## OVIER DAVID VEGA CALAO
IDENTIFICADO (A) CON No. 1.067.885.688 DE MONTERIA

Es fiel copia tomada del libro de Actas Generales de Graduación, Acta No. 008, Folio 090, de Diciembre 12 de 2008, comienza con el nombre de JORGE GABRIEL ABISAAD PIMIENTA y se cierra con el nombre de LINEI ESTHER VILORIA MENDOZA.

Dada en Montería, Córdoba a los 12 días del mes de Diciembre de 2008

Firmada por: PEDRO QUIÑONES SALAZAR – Rector
CARMEN CECILIA NARANJO - Secretaria

FIRMADO

PEDRO QUIÑONES SALAZAR
C.C. No. 6.864.503 de Montería
Rector

CARMEN CECILIA NARANJO
C.C. No. 34.972.115 de Montería
Secretaria

DISTRIBUCIONES EL COLEGIO Tel. 7827523 Montería

CAMPOALTO

# ACTA DE CERTIFICACION

## LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y en su nombre

**LA INSTITUCION DE FORMACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO**

Complejo Educativo

# CAMPOALTO

Aprobación oficial según:
Resolución Nº 110203 del 21 de Julio de 2010 de la Secretaria de Educación Distrital
Resolución Nº 030029 del 27 de Septiembre de 2010 de la Secretaria de Educación Distrital

Confiere a:

## VEGA CALAO OVIER DAVID

**1067885688**

El Certificado de Aptitud Ocupacional por haber culminado satisfactoriamente el programa

## TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN

# AUXILIAR EN ENFERMERIA

**Intensidad Horaria: 1800 horas – 40 créditos académicos**

En Constancia de lo anterior se expide en la ciudad de Bogotá a los 01 días del mes de Noviembre de 2013

CAMPO ALTO
ACESALUD
COORDINACION
ACADEMICA

**DIRECTOR CAMPOALTO** **SECRETARIO CAMPOALTO**

Anotado en el Folio No. 588 del Libro No. 4 de registro 12271

Para ser valido debe tener sello de tinta, sello seco, el numero consecutivo y las firmas autorizadas.

La República de Colombia
y en su nombre

La Institución de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Complejo Educativo
CAMPOALTO

# CAMPOALTO

Aprobación oficial según:

Resolución No. 110203 del 21 de Julio de 2010 de la Secretaria de Educación Distrital.
Resolución No. 030029 del 27 de Septiembre de 2010 de la Secretaria de Educación Distrital

Confiere a:

## VEGA CALAO OVIER DAVID

## 1067885688

El certificado de aptitud ocupacional por haber culminado satisfactoriamente el programa

### TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN:

# AUXILIAR EN ENFERMERIA

Intensidad Horaria: 1800 horas - 40 Créditos Académicos

En testimonio de ello firmamos y sellamos en Bogotá D.C., a los 1 días del mes de Noviembre de 2013

Director Académico

CAMPO ALTO
ACESALUD
COORDINACION
ACADEMICA

Director Administrativo

Coordinador del Programa

Diploma No. 12271 Anotado en el Libro de Registro de Títulos de CAMPOALTO No. 4 Folio 528 del 01 de 11 de 2013

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

# *Resolución No* **15786** *de* **05/12/2013**

## *Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C*

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

LA DIRECTORA 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) VEGA CALAO OVIER DAVID Identificado(a) con CC número 1067885688 expedida en MONTERIA solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por CAMPO ALTO ACESALUD. el día 01/11/2013 .

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a VEGA CALAO OVIER DAVID identificado(a) con CC número 1067885688 expedida en MONTERIA para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

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

ARTICULO 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.

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los **05/12/2013**

ELSA GRACIELA MARTINEZ ECHEVERRY
Directora de Desarrollo de Servicios.
Reviso : Andrea Casas Vargas.
Elaboro : Víctor Sánchez

Bogotá, D.C 20/09/2017
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Ovier David Vega
CC. # 1067885688
Firma

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

*En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994*

*Hace Constar que*

OVIER DAVID VEGA CALAO

*Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 1067885688*

## *Cursó y aprobó la acción de Formación*

FUNDAMENTACIÓN DE ENSAMBLE Y MANTENIMIENTO DE COMPUTADORES PARA LOS PROCESOS DE SOPORTE TÉCNICO

Con una duración de 60 Horas

*En testimonio de lo anterior se firma en Ibague a los Diez (10) días del mes de Septiembre de Dos Mil Once (2011)*

BRIAN BAZIN BULLA TOVAR
SUBDIRECTOR CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION
REGIONAL TOLIMA

*SGCV20113531325*

SGCV20113531325 10/09/2011
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

CERTIFICA:

Que mediante acuerdo 641 de 06 de abril de 2016, fue fusionado en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., Que una vez revisadas las bases de datos que se encuentran el área jurídica, se constata que el señor(a) OVIER DAVID VEGA CALAO identificado con cédula de ciudadanía No, 1067885688 suscribió, la orden de servicio que se relaciona más adelante, cuyo objeto es la prestación de servicios y conocimientos como: AUXILIAR DE FACTURACIÓN CONSULTA EXTERNA de acuerdo con la siguiente información:

| Contrato | Tipo | Perfil | Duración | Fecha Inicial | Fecha Final | Valor | *Unidad* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 875 | PRINCIPAL | AUXILIAR DE FACTURACIÓN CONSULTA EXTERNA | Dieciocho (18) Dias Calendario y Dos (2) Meses | 11/02/2014 | 30/04/2014 | 2860000 | *SUR* |
| 1264 | PRINCIPAL | AUXILIAR DE FACTURACIÓN CONSULTA EXTERNA | Treinta (30) Dias Calendario y Dos (2) Meses | 02/05/2014 | 31/07/2014 | 3300000 | *SUR* |
| 1264 | ADICION Y PRORROGA | AUXILIAR DE FACTURACIÓN CONSULTA EXTERNA | DOS (2) MESES | 01/08/2014 | 30/09/2014 | 2200000 | *SUR* |
| 3014 | PRINCIPAL | AUXILIAR DE FACTURACIÓN CONSULTA EXTERNA | DOS (2) MESES | 01/10/2014 | 30/11/2014 | 2200000 | *SUR* |
| 3014 | ADICION Y PRORROGA | AUXILIAR DE FACTURACIÓN CONSULTA EXTERNA | UN (1) MES | 01/12/2014 | 31/12/2014 | 1100000 | *SUR* |
| 94 | PRINCIPAL | AUXILIAR DE FACTURACIÓN CONSULTA EXTERNA | TREINTA (30) DIAS CALENDARIO Y UN (1) MES | 02/01/2015 | 28/02/2015 | 2200000 | *SUR* |
| 1582 | PRINCIPAL | AUXILIAR DE FACTURACIÓN CONSULTA EXTERNA | TREINTA (30) DIAS CALENDARIO Y UN (1) MES | 02/03/2015 | 30/04/2015 | 2200000 | *SUR* |
| 2579 | PRINCIPAL | AUXILIAR DE FACTURACIÓN CONSULTA EXTERNA | VEINTIOCHO (28) DIAS CALENDARIO Y CUATRO (4) MESES | 04/05/2015 | 30/09/2015 | 5500000 | *SUR* |
| 3726 | PRINCIPAL | AUXILIAR DE FACTURACIÓN CONSULTA EXTERNA | Dos (2) Meses | 01/10/2015 | 30/11/2015 | 2300000 | *SUR* |
| 4679 | PRINCIPAL | AUXILIAR DE FACTURACIÓN CONSULTA EXTERNA | UN (1) MES | 01/12/2015 | 31/12/2015 | 1150000 | *SUR* |
| 696 | PRINCIPAL | AUXILIAR DE | VEINTIOCHO | 04/01/2016 | 30/04/2016 | 4600000 | *SUR* |

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJERCITO NACIONAL

TARJETA DE CONDUCTA

El CDTE DEL BAT. DE POLICIA MILIATR No.13

Hace constar que el S.P.M. VEGA

CALAO OVIER DAVID

1,067,885,688

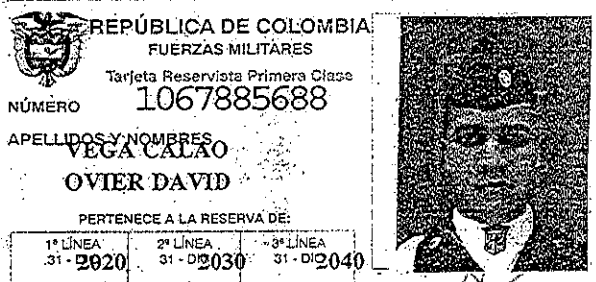
Con Tarjeta de Reservista No.

Observó EXCELENTE Conducta durante su Servicio

Militar obligatorio prestado en esta Unidad, del 280709 al 230710

Bogota D.C., 230710 — LUGAR Y FECHA

TC CARLOS FERNANDO MORENO JEREZ — FIRMA Y POSTFIRMA CDTE. UNIDAD



REPÚBLICA DE COLOMBIA

FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Primera Clase

NÚMERO 1067885688

APELLIDOS Y NOMBRES

VEGA CALAO

OVIER DAVID

PERTENECE A LA RESERVA DE:

| 1ª LÍNEA | 2ª LÍNEA | 3ª LÍNEA |
|---|---|---|
| 31 - DI 2020 | 31 - DI 2030 | 31 - DI 2040 |

FECHA DE EXP.: 20-MAY-2010 — ESP. MIL: FUSILERO

PROFESIÓN: BACHILLER — UM: BPM13

CDTE. DE DISTRITO

Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA**
**No. 2037763**

**Bogotá D.C., 18 de Enero de 2018 - 14:51 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) **OVIER DAVID VEGA CALAO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL SESENTA Y SIETE MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO** de MONTERIA

**1067885688**

**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.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de Juridica

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: 1_TE9D1_5114**
**Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 104546225

WEB
14:43:57


Bogotá DC, 18 de enero 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) OVIER DAVID VEGA CALAO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1067885688:

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 GONZÁLEZ
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 CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 18 de enero de 2018, a las 14:42:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 1067885688 |
| Código de Verificación | 106788568818011814421 3 |

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**

Digitó y Revisó: WEB

CGR

Síguenos en >

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio Institución Contáctenos

**Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que a la fecha, 18/01/2018 a las 14:46:32 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 1067885688 y Nombres: VEGA CALAO OVIER DAVID
**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**
de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.
Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

**Volver al Inicio**

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, CAN, Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:am a 12pm y 2pm a 5pm
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
Presidencia de la República
Ministerio de Defensa
Gobierno en Línea
Portal Único de Contratación

Todos los derechos reservados 2011.

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 14444514887

(415)7707212489984(8020) 000001444451488 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 6 7 8 8 5 6 8 8 | 9 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACION

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de Identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de ciudadanía 1 3 | 1 0 6 7 8 8 5 6 8 8 | 2 0 0 8 0 4 2 8 |

| Lugar de expedición | 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| VEGA | CALAO | OVIER | DAVID |

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cundinamarca 2 5 | Soacha 7 5 4 |

41. Dirección principal
TV 34 32 69

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| ovierveg8@hotmail.com | | 9 0 0 8 0 0 5 | 3 1 1 8 4 6 0 9 1 9 |

## 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 2 1 1 | 2 0 1 7 0 1 2 8 | 9 0 0 7 | 2 0 1 7 1 2 1 1 | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

# 12- Ventas régimen simplificado

### Obligados aduaneros

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

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 7 1 2 1 4

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 VEGA CALAO OVIER DAVID
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS**
**REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 28-01-2017
Hora: 11:52:19 AM


**CONTRIBUYENTE** NIT 1067885688-9 OVIER DAVID VEGA CALAO

**Información General**

*Dirección* TV 34 32 69

*Teléfonos* 9008005-3118460919

*Dirección electrónica* ovierveg8@hotmail.com

*Fax*

**Información de Registro**

*Fecha Inscripción* 22/12/2011

*Soporte Inscripción* 13996144

*Fecha Inicio Actividades* 28/01/2014

*Fecha Cese Actividades*

*Fecha de Informe del Cese*

*# Establecimientos:* 0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Juridica* PERSONA NATURAL

*Régimen Tributario* REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8211-ACTIVIDADES COMBINADAS DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE OFICINA

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

*Fecha Inicio Financiera:*

Código de Verificación de Información: 17001657203

*Fuente ICA TE TOCA*

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

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento

**DATOS DEL PACIENTE.** Bogotá D.C, 21/nov/2016 12:52 pm

**Nombres:**OVIER DAVID VEGA CALAO
**Tipo de Documento:** CC **Documento** 1067885688
**Sexo:** M **F. Nacimiento:** 07/feb/1990 **Edad:** 26.8 años
**Entidad:**PACIENTE PARTICULAR **Cargo:** AUXILIAR DE FACTURACION
**Fecha y Hora entrega resultados:** 21/nov/2016 12:53 p

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | APTO (A) FISICA Y MENTALMENTE PARA EL CARGO | Si | X |
| 2 | APTO (A) CON PATOLOGIAS QUE NO INTERFIEREN CON SU FUNCION | Si | |
| 3 | CON RESTRICCION TEMPORAL PARA EL CARGO (APLAZADO) | Si | |
| 4 | CON RESTRICCION ABSOLUTA PARA EL CARGO | Si | |

**Tipo de Restriccion:NINGUNA**
**Duración:**
**Recomendaciones: NO**

| | |
|---|---|
| | Evitar sobrecargas mayores a 25 Kg. |
| | Acudir a consulta médica en su EPS para manejo y control por: |
| | Nutricionales - Cambios de estilo de Vida |
| | Consulta optometria para formula de trastorno refractivo |
| | Otras: |

**Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica** **NO**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.VISUAL | | C.AUDITIVO | | R.BIOMECANICO | | NUTRICIONAL | | CARDIOVASCULAR | | | |
| RIESGO QUIMICO | | | | PREVENCION DE DESORDENES MUSCULOESQUELETICOS | | | | | | | |

**Exámenes Realizados:**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Medico | X | Osteomuscular énfasis Espalda | | | Optometria | | | Agudeza Visual | | | Visiometria | | |
| Espirometría | | Audiometría | | Frotis Garganta | | KOH | | RH | | Coprológico | | P. de O | |
| Glucosa | | Hemograma | | Serología | | P. Alcohol | | Drogas | | Baciloscopia (BK) | | | |
| E.K.G. | | Manipulación de Alimentos | | | Vacuna Tétanos | | | Enfasis Cardiovascular | | | | | |
| Perfil Lipidico | | Psicométrico | | F. Hepatica | | Alturas | | Creatinina | | | | | |

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

**ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A):VIVIANA OSPINA ORTIZ ESP SO 4633/2014**
Bogotá D.C, 21/nov./2016 12:52 pm

Viviana Ospina Ortiz M.D.
Especialista en Salud Ocupacional
Licencia N 4633/2014
RM. 1863

R.M. 1863
Especialista Salud Ocupacional

Firma Examinado
C.C. No 1067885688

ISO 9001:2008 BUREAU VERITAS Certification
CO15.00035


* BOGOTÁ SEDE PRINCIPAL
Calle 19 No. 3-50 Piso 12 Edificio Barichara
Tels.: (+1) 281 4505 - 286 5893 - 286 5382

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19-08
Tels.: (+1) 282 6429 - 342 4934

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-82
Tels.: (+1) 447 0068 - 447 1401 - 414 6387

SEDE BARRANQUILLA
Cra. 51B No. 94-334
Centro Médico Vital - Consultorio 504
Tels.: 311 664 7338

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 83-29
Tels.: (+1) 805 1875 - 610 5776 - 610 5771

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal. 35) No. 328 - 42 Sur,
Villamayor | Tel.: (+1) 459 5819 - 203 9694

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 - 74 Barrio Barzal Alto
Tel.: (+8) 674 0916 - 674 0915

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A - 25 Edificio Business Center
Interior 141 - Oficina 408

CARTAGENA DE INDIAS
Calle 32 No. 9-45 La Matuna piso 7, Antiguo
Banco Del Estado Tels.: (+5) 660 0152 - 660 0807

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trade Center | Tel.: (+2) 240 4734 - 240 2055

MEDELLÍN
Carrera 80 No. 44 B -91 Barrio La América
Tels.: (+4) 412 1145 - 416 7011

CALI
Calle 18 Norte No. 4 N - 47 Barrio Versalles
Tel.: (+2) 380 9956 - 382 7337

www.cendiatra.com


* SEDE CERTIFICADA

**Optica Medilent**

CONSULTA OPTOMÉTRICA - LENTES DE CONTACTO - DESPACHO DE FÓRMULAS

Fecha: Enero 19/18 Historia No.:

Nombre: Oviex David Vega Calao

R./

AV Lejos
OD 20/20
OI 20/20
AO 20/20

AV Cerca
OD 050H
OI 050H
AO 050H

Rx AO Vacío. AV 20/20
Fondo de ojo: AO Normal

OPT. U. DE LA SALLE
301 9R 65

porvenir
sólo hay uno

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

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **OVIER DAVID VEGA CALAO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,067,885,688**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 18 días del mes de Enero de 2018.

Gerente de Clientes

ARL | sura

Medellín, 23 de agosto de 2017

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.**

## CERTIFICA:

Que OVIER DAVID VEGA CALAO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1067885688 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
**Fecha inicio cobertura:** 01/01/2017 **Fecha fin cobertura:**

### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

**SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3
**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2,436%
**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

### INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3851101
**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:**

***Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:***

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

***Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.***

Para información adicional, puede comunicarse con la Línea de atención ARL en el nivel nacional gratuitamente al 01 8000 51 14 14.

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 23/08/2017 4.11 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ARL | sura

Medellín, 12 de febrero de 2018

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.**

## CERTIFICA:

Que OVIER DAVID VEGA CALAO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1067885688 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
**Fecha inicio cobertura:** 13/02/2018 **Fecha fin cobertura:**

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**SUB RED SUR N900958564**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000001 - ASISTENCIAL
**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2,436%
**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL
**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3851101
**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:**

***Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:***

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

***Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.***

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por Arl Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación: C396512301804333941

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 12/02/2018 9:25 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA