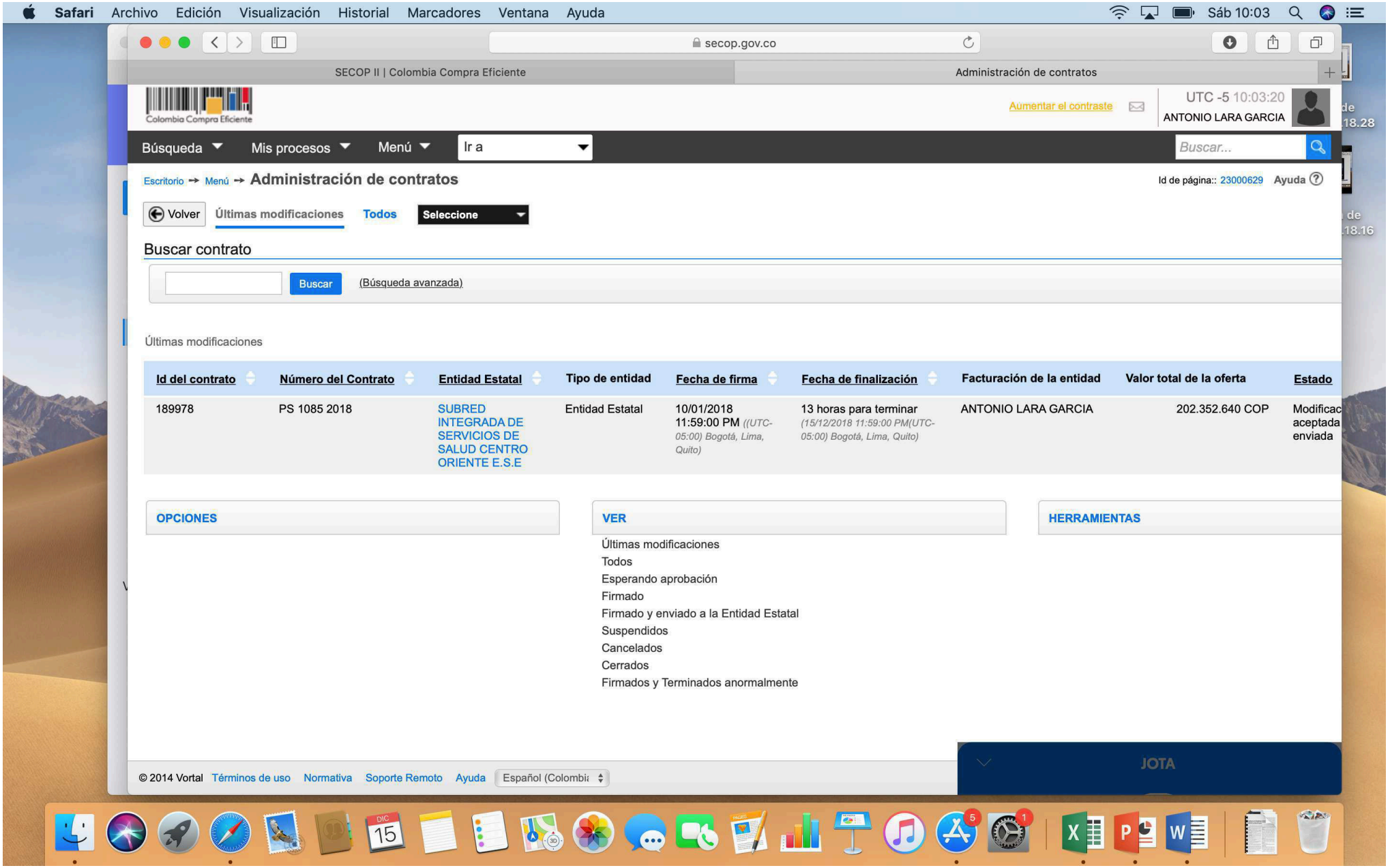

Safari Archivo Edición Visualización Historial Marcadores Ventana Ayuda
Sáb 10:03
secop.gov.co
SECOP II | Colombia Compra Eficiente
Administración de contratos
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 10:03:20
ANTONIO LARA GARCIA
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos
Id de página:: 23000629
Ayuda
Volver
Últimas modificaciones
Todos
Seleccione
Buscar contrato
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Id del contrato
Número del Contrato
Entidad Estatal
Tipo de entidad
Fecha de firma
Fecha de finalización
Facturación de la entidad
Valor total de la oferta
Estado
189978
PS 1085 2018
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Entidad Estatal
10/01/2018 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
13 horas para terminar (15/12/2018 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
ANTONIO LARA GARCIA
202.352.640 COP
Modificac aceptada enviada
OPCIONES
VER
Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
Cerrados
Firmados y Terminados anormalmente
HERRAMIENTAS
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA

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: 13-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
LARA	GARCIA	ANTONIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 79531819

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 4 D.M 517

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 22 MES JUL AÑO 1970

PAÍS: Colombia

DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 14 104 -64

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6191072

EMAIL alarag2207@yahoo.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO Bachiller
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 1988

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
ES	2	X		MEDICINA CRITICA	3	2009	No especificada
ES	4	X		NEUMOLOGIA	6	2005	79531819
ES	6	X		MEDICINA INTERNA	3	2003	79531819
UN	12	X		SIN REGISTRAR	6	1995	79531819

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
Última Actualización: 13-dic-2018

DOMINIO DE IDIOMAS

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Francés									
Ingles									

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*
SUBREDINTEGRADADESERVICIOSDESALUDCENTROORIENTE E.S.E	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	alarag2207@yahoo.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 18 MES 4 AÑO 2016	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO ESPECIALISTA	UCI ADULTOS	CARRERA 14 B No. 1 45 Sur

EMPLEO O CONTRATO

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

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3282828	DIA 3 MES 3 AÑO 2005	DIA 17 MES 12 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO INTERNISTA NEUMOLOGO	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	CARRERA 15 1 59 SUR

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.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3282828	DIA 3 MES 3 AÑO 2003	DIA 17 MES 12 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO INTENSIVISTA	UCI ADULTO	CARRERA 15 1 59

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: 13-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 HOSPITAL SANTA CLARA E.S.E.	*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* alarag2207@yahoo.com
TELÉFONOS 5966000	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 3 AÑO 2003		*FECHA DE RETIRO* DIA 16 MES 11 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO MeDICO INTERNISTA NEUMoLOGO	*DEPENDENCIA* UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS		*DIRECCIÓN* CA 15 NO 1 59 SUR

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	15	9
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	15	9

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).

Ciudad y fecha del diligenciamiento Bogota Diciembre 13/2018

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

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

Bogotá

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANTONIO LARA GARCIA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 79531819 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CRA 14 104 -64 **Teléfonos** 3102675651 6191072

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANTONIO LARA CRISTANCHO	17602007	PADRE

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	$ 15.000.000,00
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	$ 15.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
banco de bogota	ahorros	102524758	av primera	$ 400.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Apartamento	Cara 14 104 64 apto 102	$ 300.000.000,00
vehiculo	Volkswagen golf modelo 2002	$ 10.000.000,00
vehiculo	Volswagen Beatle modelo 2010	$ 25.000.000,00
Moto	Vespa 150 peimavera	$ 10.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

bancoomeva	Pretamo apartamento	$ 98.000.000,00

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
Sociedad Colombiana de Neumologia	Miembros

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

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

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. 13-dic-2018
CIUDAD Y FECHA

ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL,

TENIENDO EN CUENTA QUE

Antonio Lara Garcia

C.C.No. 79.531.819 EXPEDIDA EN BOGOTA

CUMPLIO CON LOS REQUISITOS DEL PROGRAMA ACADEMICO, LE CONFIERE

EL TITULO DE

Médico Cirujano

MINISTERIO DE SALUD
Servicio Seccional de Salud de Boyacá
Reconó... todos los efe...
Ciudad... 21 ABR 1995
Resolución... 01217
Firma...
SECRETARIO

EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA

DADO EN BOGOTA A LOS 9 DIAS DEL MES DE JUNIO DE 1995.

RECTOR

PRESIDENTE DEL CONSEJO

MINISTRO DE EDUCACION

DECANO

SECRETARIO ACADEMICO

SECRETARIO DEL MINISTERIO

REGISTRADO AL FOLIO 44.L DEL LIBRO DE DIPLOMAS 95
9 de noviembre de 1995
01217

COMO NOTARIA TREINTA Y CUATRO (E.) DEL CIRCULO DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C. PAGO CONSTAR QUE ESTA FOTOCOPIA COINCIDE CON SU ORIGINAL.
16 JUL. 1998
MARIA EUGENIA VELASQUEZ
NOTARIA TREINTA Y CUATRO (E.)

República de Colombia

Universidad de La Sabana

considerando que, conforme a las disposiciones legales vigentes

Antonio Lara García

C.C. No. 79.631.849

cursó y aprobó los estudios y cumplió los demás requisitos académicos exigidos por la Universidad, le confiere el título de

Especialista en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo

Dado en el Campus Universitario de Chía, a los 23 días del mes de Junio de 2009.

Rector

Secretaria

Decano

Vicerrectoría Académica

Reconocimiento otorgado por resolución 3710 de Marzo 13 de 1998, del Ministerio de Educación Nacional.

Acordado el folio 94de del libro de registro No. 2 a los 23 días del mes de Junio de 2009.

33690
Diploma

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica Resolución No.1875 Ministerio de Educación Nacional

En nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional,
en atención a que

Antonio Lara García

C.C. No. 79.151.819 Expedida en Bogotá

Cumplió con los requisitos del Programa Académico de

Medicina Interna

Le confiere el Título de

Especialista

En testimonio de ello le otorga el presente Diploma. Dado en Santafé de Bogotá, D.C.,
a los 14 días del mes de febrero del año 2005

Rector | Director de Postgrados | Decano | Director del Programa | Secretario General

Registro 5550 Folio 555 Libro de Registro 68

19622 1994

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica Resolución No.1875 Ministerio de Educación Nacional

En nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministerio de Educación Nacional,
en atención a que

ANTONIO LARA GARCIA

C.C. No. 19.331.819 Expedida en Bogotá D.E.

Cumplió con los requisitos del Programa Académico de

Especialización en Neumología

Le confiere el Título de

Especialista en Neumología

En testimonio de ello le otorga el presente Diploma. Dado en Santafé de Bogotá, D.C.,

a los once (11) días del mes de agosto del año 2005

Rector | Director de Postgrados | Decano | Director del Programa | Secretario General

Registro 0606 Folio 0606 Libro de Registro 06

20690 - 019

ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA
EN SU SESION DEL DIA 9 DE MAYO DE 19 95
ACTA N° 477 CONSIDERANDO QUE

ANTONIO LARA GARCIA

C.C. 79.531.819 de Bogotá
CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR EL REGLAMENTO, LE CONFIRIO EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION EL TITULO DE

MEDICO CIRUJANO

Y LE HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA N° 01217 EL DIA 9 DEL MES DE JUNIO DE 19 95.

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA A LOS 9 DIAS DEL MES DE: JUNIO DE 19 95.

JOSE LUIS ROA BENAVIDES
SECRETARIO DEL CONSEJO DIRECTIVO

ICFES RESOLUCION 1458 DEL 12 DE AGOSTO DE 1986

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Personería Jurídica Resolución No.11153 de 1978 Reconocimiento institucional como Universidad: Resolución No. 327 de 1997 del Ministerio de Educación Nacional.

ACTA DE GRADO

El Consejo Directivo de la Universidad El Bosque, en su sesión del día 29 de enero del año 2003, según consta en el Acta No. 758 y Acuerdo No.7408 de la misma fecha, estudió y aprobó la solicitud del aspirante a grado, alumno (a)

ANTONIO LARA GARCÍA
C.C. 79.531.819 de Bogotá

quien cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos académicos y legales exigidos por la Institución, conforme al concepto previo emitido por el Consejo Académico, motivo por el cual autorizó se le otorgue el título de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

En ceremonia solemne del día 14 de febrero del año 2003, se le hace entrega del diploma No.19622-084, el cual aparece registrado con el No. 0024, al folio 001 del tomo 6B del libro de registro de títulos de la Universidad.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de Acta de grado, en Bogotá, D. C., a los catorce (14) días del mes de febrero del año dos mil tres (2003).

MIGUEL OTERO CADENA
RECTOR

LUIS ARTURO RODRÍGUEZ BUITRAGO
SECRETARIO GENERAL

Transversal 9ª A Bis No. 131-25 • PBX 6555368 • Fax: 6292030
e-mail: unbcaqser@colomsat.net.co • e-mail secretariageneral@uelbosque.edu.co
Santafé de Bogotá, D.C. - Colombia

No. 054833

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica: Resolución No.11153 de 1978 Reconocimiento institucional como Universidad: Resolución No. 327 de 1997 del Ministerio de Educación Nacional.

ACTA DE GRADO

El Consejo Directivo de la Universidad El Bosque, en su sesión del día 27 de julio del año 2005, según consta en el Acta No. 819 y Acuerdo No. 8276 de la misma fecha, estudió y aprobó la solicitud del aspirante a grado, alumno (a)

ANTONIO LARA GARCIA
C.C. 79.531.819 de Bogotá D.E.

quien cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos académicos y legales exigidos por la Institución, conforme al concepto previo emitido por el Consejo Académico, motivo por el cual autorizó se le otorgue el título de:

ESPECIALISTA EN NEUMOLOGÍA

En ceremonia solemne del día 11 de agosto del año 2005, se le hace entrega del diploma No.20690-077, el cual aparece registrado con el No. 0626, al folio 0024 del tomo 8D del libro de registro de títulos de la Universidad.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de Acta de grado, en Bogotá, D. C., a los once (11) días del mes de agosto del año dos mil cinco (2005).

MIGUEL OTERO CADENA
RECTOR

LUIS ARTURO RODRIGUEZ BUITRAGO
SECRETARIO GENERAL

Transversal 9ª No. 131B • PBX 6351368 - 6489000 • Fax. 6270230
www.uelbosque.edu.co • e-mail: secretaria.general@uelbosque.edu.co
Bogotá, D.C. - Colombia

No. 065669

Universidad de La Sabana

Personería Jurídica otorgada por la Resolución 130 de Enero 14 de 1980 del Ministerio de Educación Nacional

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

El suscrito Secretario General de la Universidad de La Sabana

Certifica que en el Acta No. 1273 del libro de Actas de Grado de la Universidad consta que en el Campus Universitario del Puente del Común, municipio de Chía, el día 23 del mes de JUNIO del año 2009 se realizó la ceremonia de grado de estudiantes de la Universidad de La Sabana en la cual ANTONIO LARA GARCIA con Cédula de Ciudadanía No.79531819, por haber cumplido y aprobado los estudios y haber cumplido los requisitos legales conjuntamente con los contemplados en los Reglamentos de la Universidad recibió el título de ESPECIALISTA EN MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO otorgado por La Universidad de la Sabana con el diploma No 33690.

La Universidad está autorizada para conferir este título por Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 3319 del 10 de Agosto de 2005.

El presidente de la ceremonia, le hizo entrega del citado diploma.

Para constancia se firmó dicha Acta por parte del Rector, los Decanos de las Facultades que en ella intervinieron y el Secretario General así:

El Rector OBDULIO VELÁSQUEZ POSADA

El Decano de la Facultad de MEDICINA
CANILO OSORIO BARKER

El Secretario General
JAIME MARTÍNEZ BALLESTEROS

Se expide la presente Acta en el Campus Universitario del Puente del Común, Municipio de Chía (Colombia), a los veintitres (23) días del mes de JUNIO de dos mil nueve (2009).

JAIME MARTÍNEZ BALLESTEROS
Secretario General

Secretaría General

American College of Physicians

MKSAP® 13

Neumología y Medicina Crítica

Certificado de Participación
Medical Knowledge Self Assessment Program

Dr. Antonio Lara

Deputy Executive VicePresident
Chief Operating Officer

Executive Vice President


Departamento de Anestesia
Hospital Universitario
SORBA
Soporte Respiratorio
Básico y Avanzado
CERTIFICA QUE
ANTONIO LARA
ASISTIÓ COMO CONFERENCISTA AL
IV to CURSO TALLER
DE VENTILACIÓN MECÁNICA
Departamento de Anestesia - Medicina Crítica
Bogotá, D.C., 20 y 21 de Mayo de 2011

Universidad de
La Sabana

Certifica que:

ANTONIO LARA GARCÍA

79.531.819

Asistió al Curso

"CURSO BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS"

Total Horas: 16

CAMILO OSORIO BARKER MD
Decano de Facultad de Medicina
Universidad de La Sabana

GILBERTO GAMBOA BERNAL
Presidente Comité de Ética e
Investigación Clínica
Universidad de La Sabana

Bogotá D.C. Colombia. Abril de 2011

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO
CIENCIA Y TECNOLOGIA CON PROYECCION SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

100 AÑOS
CUMPLIÉNDOLE A LA SALUD PUBLI
1917 - 2017

EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
COORDINADOR DE LA RED NACIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTES

Certifica que:

ANTONIO LARA GARCÍA
CC 79531819

Participó en el Curso Taller en Gestión de la Donación para las Subredes Integradas de Servicios de Salud del Distrito Capital - Mnemotecnia ESLABÓN, con el apoyo técnico de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario San Ignacio.

Bogotá, 5 y 6 de Junio 2017

Iván Riaño Forero
Jefe Unidad de Cuidados Intensivos
Hospital Universitario San Ignacio

Adriana Segura Vásquez
Subdirectora Técnica Red Nacional de Trasplantes y Bancos de Sangre
Instituto Nacional de Salud

Av. Calle 26 No. 51-20, Bogotá, D.C., Colombia
Conmutador: (1) 220 77 Ext. 1703 - 1704 00
fax 220 7700 Ext.1200 – 1291
e-mail: **ins@ins.gov.co** - Página web: **www.ins.gov.co**

Colombia Compra Eficiente

Buscar por proces | Menú

Buscar...

Confirmación de registro de la entidad

Id de página:: 14001741 Ayuda

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones ANTONIO LARA GARCIA,

ANTONIO LARA GARCIA con el NIT 79531819 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >

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-nov-2017

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
LARA	GARCIA	ANTONIO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 79531819

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 4 D.M 517

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 22 MES JUL AÑO 1970

PAÍS COLOMBIA

DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 14 104 -64

PAÍS COLOMBIA DEPTO Bogotá D. C.

MUNICIPIO BOGOTA D. C.

TELEFONO 6191072

EMAIL alarag2207@yahoo.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* Bachiller
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DIC AÑO 1988
										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*
ES	2	X		MEDICINA CRITICA	3	2009	No especificada
ES	4	X		NEUMOLOGIA	6	2005	79531819
ES	6	X		MEDICINA INTERNA	3	2003	79531819
UN	12	X		SIN REGISTRAR	6	1995	79531819

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-nov-2017

DOMINIO DE IDIOMAS

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

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Francés									
Ingles									

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*
SUBREDINTEGRADADESERVICIOSDESALUDCENTROORIENTE E.S.E	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	alarag2207@yahoo.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3444484	DIA 18 MES 4 AÑO 2016	DIA 16 MES 11 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO ESPECIALISTA	UCI ADULTOS	CARRERA 14 B No. 1 45 Sur

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SANTA CLARA	X		COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3282828	DIA 3 MES 3 AÑO 2005	DIA 17 MES 12 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO INTERNISTA NEUMOLOGO	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	CARRERA 15 1 59 SUR

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SANTA CLARA	X		COLOMBIA

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3282828	DIA 3 MES 3 AÑO 2003	DIA 17 MES 12 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO INTENSIVISTA	UCI ADULTO	CARRERA 15 1 59

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-nov-2017

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SANTA CLARA E.S.E.	X		COLOMBIA

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D. C.	BOGOTA D. C.	alarag2207@yahoo.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5966000	DIA 1 MES 3 AÑO 2003	DIA 16 MES 11 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MeDICO INTERNISTA NEUMoLOGO	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	CA 15 NO 1 59 SUR

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	14	8
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	14	8

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 180/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogota Nov 16/2012

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O 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

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ANTONIO LARA GARCIA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 79531819 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País COLOMBIA **Departamento** Bogotá D. C. **Municipio** BOGOTA D. C.

Dirección CRA 14 104 -64 **Teléfonos** 3102675651 6191072

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANTONIO LARA CRISTANCHO	17602007	PADRE

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	$ 15.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
banco de bogota	ahorros	102524758	av primera	$ 400.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Apartamento	Cara 14 104 64 apto 102	$ 300.000.000,00
vehiculo	Volkswagen golf modelo 2002	$ 10.000.000,00
vehiculo	Volswagen Beatle modelo 2010	$ 25.000.000,00
Moto	Vespa 150 peimavera	$ 10.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
bancoomeva	Pretamo apartamento	$ 118.000.000,00

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

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
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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** ◯ **N** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO DE C.C◯ C.E◯ T.I.◯	No.
		0

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
Clinica univeristaria colombia	Neumologo consulta externa por evento

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

Bogota Nov 16/2017

CIUDAD Y FECHA

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-nov-2017

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

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD DE LA SABANA.

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Antonio Lara García, 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:

ESPECIALISTA EN CUIDADO CRITICO.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 79531819.

Tarjeta profesional No: 79531819

Dirección de contacto: Cra 14 Nº 104-64.

Teléfono: 3102675651

MEDICOS PARA APOYOS EN SALUD S.A.S.

NIT. 900.438.447-4

CL-153
Bogotá D.C. Noviembre 11 de 2016

LA SUSCRITA GERENTE

C E R T I F I C A

Que el **Dr. ANTONIO LARA GARCIA,** identificado con cédula de ciudadanía **No. 79.531.819,** es accionista de **MEDICOS PARA APOYOS EN SALUD S.A.S.** con **NIT.900.438.447-4,** y presta sus servicios como Médico Neumólogo desde el 01 de Julio de 2011, en el contrato que sostiene Médicos para Apoyos en Salud SAS con Colsanitas.

La presente certificación se expide para presentar al **HOSPITAL SANTA CLARA** a petición del interesado

Cordialmente,

MARIA LUCIA BOCANEGRA NAVIA MD.
Gerente General
MEDICOS PARA APOYOS EN SALUD S.A.S.

GRUPO DE PRACTICA PROFESIONAL INTENSIVISTAS DEL COUNTRY U.T.
NIT. 900.119.262-0

C E R T I F I C A:

1. Que de los ingresos, costos y gastos del GRUPO DE PRACTICA PROFESIONAL INTENSIVISTAS DEL COUNTRY U.T., participa:

LARA ANTONIO	79.531.819	2.69%

2. Que de los ingresos, costos y gastos del proyecto durante el año 2015, corresponde a LARA ANTONIO identificado con CC No 79.531.819:

DETALLE	VALOR TOTAL	PARTICIPACION
	100%	2.69%
INGRESOS EN LA OPERACIÓN	$ 343.281.174	$ 9.222.821

RETENEDOR	VALOR TOTAL	PARTICIPACION
	100%	2.69%
GASTOS DEDUCIBLES	0	0

3. Que por concepto de retención en la fuente e industria y comercio por el año 2015, corresponde a favor de LARA ANTONIO identificado con CC No 79.531.819:

CONCEPTO	VALOR RETENIDO	PARTICIPACION
	100%	2.69%
RETENCIÓN RENTA-HONORARIOS	$ 343.281.174	$ 1.014.510
RETENCION ICA	$ 3.316.095	$ 89.092
AGENTE RETENEDOR: ADMINISTRADORA COUNTRY S.A. NIT 830.005.028-1		

TOMAS ROMERO COHEN
CC No 72.187.473 de Barranquilla

Se expide a los 15 días del mes de Marzo de 2016

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.531.819

LARA GARCIA

APELLIDOS

ANTONIO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-JUL-1970

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74
ESTATURA

A+
G.S. RH

M
SEXO

03-OCT-1988 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500100-00127082-M-0079531819-20081112 0005853504A 1 6190019870

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto: 13 — Actualización de oficio

4. Número de formulario: 14207941751

(415)7707212489984(8020) 000001420794175 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7953181	0	Impuestos de Bogotá 32	

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 13	79531819	19880103

Lugar de expedición — 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LARA	GARCIA	ANTONIO	

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección: CR 14 104 64 AP 102

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
alarag2207@yahoo.com		2155552	3102675651

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal — 46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	Actividad secundaria — 48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	Otras actividades — 50. Código: 1	2	Ocupación — 51. Código	52. Número establecimientos
8621	2005 06 09					2221	

Responsabilidades

53. Código:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
5	16																

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

16- Obligación facturar por ingresos bienes y/o servic

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: 2012 12 25

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA

985. Cargo: Gestor II

Fecha generación documento PDF: 08-08-2013 04:53:32PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 17-11-2016
Hora: 3:10:27 PM

CONTRIBUYENTE NIT 79531819-0 ANTONIO LARA GARCIA

Información General

Dirección KR 14 104 64 AP 102

Teléfonos 3102675751

Dirección electrónica alarag2207@yahoo.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 21/01/2009

Soporte Inscripción 11305100

Fecha Inicio Actividades 09/06/2005

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86211-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001370537

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

FUERZAS ARMADAS
TARJETA DE RESERVISTA
SEGUNDA CLASE
PERTENECE AL EJERCITO DE

1a. Linea	2a. Linea	3a. Linea
31 Dic. 00	31 Dic. 10	31 Dic. 20

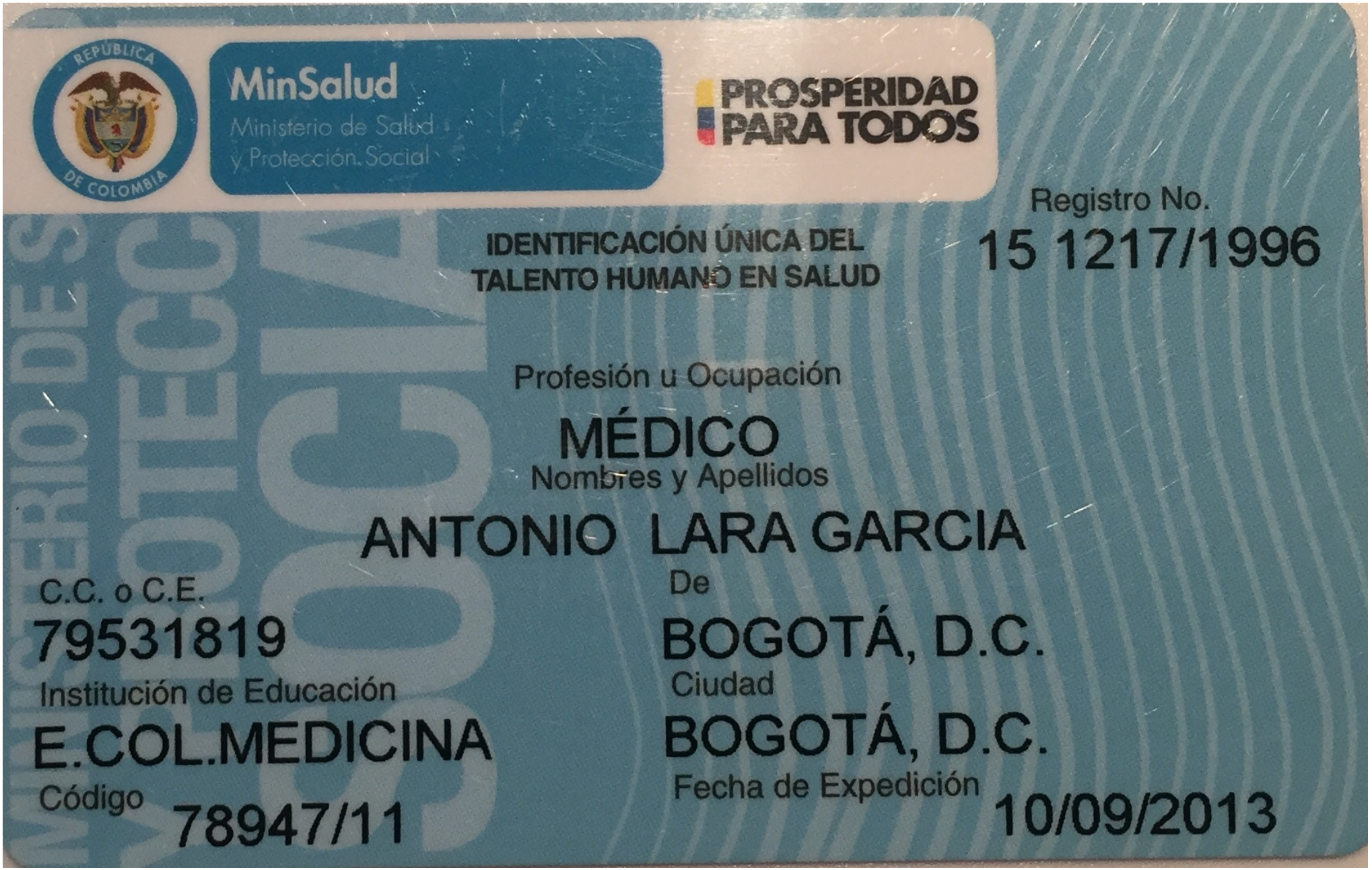
No. 5980511 R.D.

BACHILLER/ES TIPO SANG

OFESION

MBRE ANGEL LARA GARCIA

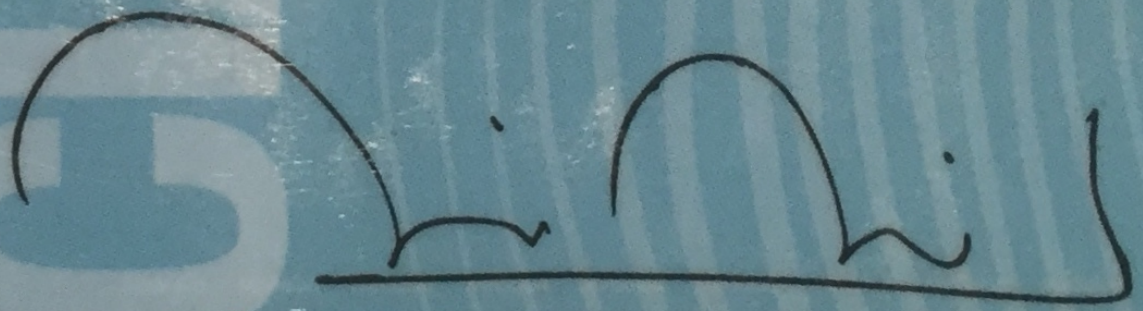
04


REPÚBLICA DE COLOMBIA
MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social
PROSPERIDAD PARA TODOS
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD
Registro No.
15 1217/1996
Profesión u Ocupación
MÉDICO
Nombres y Apellidos
ANTONIO LARA GARCIA
C.C. o C.E.
79531819
De
BOGOTÁ, D.C.
Ciudad
Institución de Educación
E.COL.MEDICINA
BOGOTÁ, D.C.
Código
78947/11
Fecha de Expedición
10/09/2013

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O SU DELEGADO



ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007. SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

CON BASE EN LOS DECRETOS 1465 DE 1992 Y 4107 DE 2011, QUE SEÑALAN LAS FUNCIONES DEL CREADO MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, LEY 1444 DE 2011.

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD

Para que viva la Vida!

DEPENDENCIA: 2050

LA DIRECCION DE RECURSOS HUMANOS

HACE CONSTAR:

Que de conformidad con el Decreto número 1875 de agosto 3 de 1994, es competencia de las Direcciones Departamentales de Salud, realizar el registro de los títulos del área de la salud, en consecuencia y de acuerdo con la resolución número 001217 de agosto 21 de 1996 de la Secretaria de Salud de Boyacá, esta registrado en ese organismo **ANTONIO LARA GARCIA,** identificado con cédula de ciudadanía número 79.531.819 DE Bogotá, por consiguiente autorizado para ejercer como MEDICO CIRUJANO en todo el Territorio Nacional, hecho éste corroborado con el sello y firma de la Secretaria de Salud de Boyacá, que aparece en la Resolución.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesado a los trece (13) días del mes de noviembre de mil novecientos noventa y seis (1996).

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
Dirección
Recursos
Humanos

CARLOS GROSS GUEVARA
Director de Recursos Humanos

MINISTERIO DE SALUD
GOBERNACION DE BOYACA
SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA

001217
RESOLUCION No DE 1996
(21 AGO. 1996)

De conformidad con el Decreto 1875 de Agosto de 1.994 y

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

Que ANTONIO LARA GARCIA. C.C. No.79.531.819 DE BOGOTA

ha solicitado el registro de su titulo de MEDICO CIRUJANO .

Que le otorgó la ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA el 9 de junio de 1995.

Que dicho titulo se encuentra debidamente registrado en la Secretaria de Educación de Santafé de Bogotá.

Registrado al Folio 44 -L del libro 95 de noviembre 9 de 1995 Santafé de Bogotá.

Que cumplió con el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO en la SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA, San Luis de Gaceno Durante el tiempo comprendido entre el 30 de junio de 1995 al 29 de junio de 1996.

R E S U E L V E

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a ANTONIO LARA GARCIA para Ejercer la profesión de MEDICO CIRUJANO en todo el Territorio Nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

21 AGO. 1996

Dada en Tunja a los Días del mes de de 1996.

Original firmado por
Juan Manuel Corredor Fonseca

JUAN MANUEL CORREDOR FONSECA
Secretario de Salud de Boyacá

LUCILA ELSA CORTES DE PEÑA
Profesional Especializado.

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 * 79531819

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	79531819	ANTONIO	LARA	LARA	GARCIA	**Ver**

Información Detallada [CC: 79531819] ANTONIO LARA LARA GARCIA

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Medicina	1996/8/21	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

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).

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

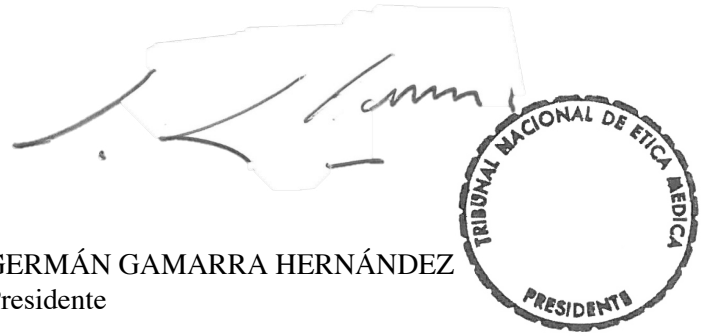
C-014699

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Etica Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Etica Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **ANTONIO LARA GARCIA**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 79.531.819 de Bogota T.P. o R.M. No. 151217 expedida por Ministerio de salud y protección social, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los Doce (12) días del mes de Diciembre de dos mil dieciocho (2018) a solicitud del(a) interesado(a).

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICIÓN DE MÉDICO"



GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ
Presidente

Calle 147 No 19-50 Oficina 32 Centro comercial Futuro Tels 6279983 y 6279975 Fax 6279587 Bogota D.C.
Email trnetmed@autlook.com - www.tribunalnacionaldeeticamedica.com

Controlar
SALUD INTEGRAL LTDA

FECHA	NOVIEMBRE 19 DE 2017
NOMBRE	LARA GARCIA ANTONIO
IDENTIFICACION	79.531.819
EDAD	43
EMPRESA	HOSPITAL SANTA CLARA

EXAMEN

HEPATITIS B, TITULACION DE ANTICUERPOS

RESULTADO 1017 mUI/ml

CRITERIOS DE INTERPRETACION

ENTRE 0 A 9,9	SEROCONVERSION / INICIAR ESQUEMA
ENTRE 10,0 A 99,9	SEROPROTECCION / REFUERZO AL AÑO
MAYOR DE 100	HIPERRESPUESTA / REFUERZO A LOS 10 AÑOS

Atentamente,

Bacterióloga

Carrera 18 No. 84 - 06 - Centro Médico Antiguo Country - Consultorio 109
PBX. Fax: 621 4068 - 236 4279 - Celular: (311) 589 3741 - Bogotá D. C.
E-mail: controlarsalud@yahoo.com.mx - www.controlarsalud.com

Sandra F. Padilla Camacho
MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
MEDICINA LABORAL
Universidad El Bosque

DIA MES AÑO
14 12 2018

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Nombre y Apellidos:	ANTONIO LARA GARCIA
CC:	79531819
Edad:	48 años
Fecha de nacimiento:	22/07/1970
Profesión:	Medico Especialista en Medicina Interna
Cargo:	Medico Especialista

Concepto:

APTO SIN RESTRICCIONES PARA LA ACTIVIDAD LABORAL

Se expide el presente concepto por solicitud directa del paciente evaluado

Firma y Sello

Sandra F. Padilla C.
Médico Especialista
Salud Ocupacional M. Laboral
R.M 1345304 Lic S.O 931508

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

ANTONIO LARA GARCIA

C.C.: 79531819

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Junio de 2017

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

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

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.
Bogotá Mejor para Todos

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

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

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

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

FECHA:	14/12/2018	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
LARA	GARCIA	ANTONIO			

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	79531819	BOGOTA .	1988-10-03
PASAPORTE ☐	OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ ☐			

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1970-07-22	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANO.

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ VIUDO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	0		

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CRA 14 Nº 104-64	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	6191072 .

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
alarag2287@yahoo.com		PROPIA ☒	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

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

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

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

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	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☒	SALUD ☐	# NIT	900959051-7

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DG 34 Nº 5-45	3444484	BOGOTA	BOGOTA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL			**FECHA VINCULACION**	

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	18'000.000.	GASTOS FAMILIARES	5'000.000	AHORROS	30'000.000.	SALDO HIPOTECA	98'000.000.
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	2600000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	30'000.000	DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	3'000.000.	PROPIEDADES	240'000.000.	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	2'000.000.	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	18'000.000	TOTAL EGRESOS	10.000.000	TOTAL ACTIVOS	300.000.000	TOTAL PASIVOS	100.000.000.

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
	SEGURO DE VIDA		

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
LARA	CASTANCHO	ANTONIO.	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CRA 46 Nº 118-66	BOGOTA / BOGOTA/col	PADRE	2155552

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DE BOGOTA.	CUENTA DE AHORROS	102524758	AVENIDA PRIMERA	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO (X)

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ **CUAL:**

8. DECLARACiON DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aqui 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.):

TRABAJO COMO MEDICO ESPECIALISTA

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 dias 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 dias 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) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias 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 estadisticos.
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 Titulo I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude ***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.
9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

1.Fecha		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cédula			

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

1. Fecha	**2. Ciudad**	
3. Nombre y Cargo de quien verifica:		
4. Lugar de la verificación:		
5. Observaciones:		
6. Firma y cédula:		

E.P.S. SANITAS
ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL

CE-006 - 0000000100 - 2018

CERTIFICAMOS

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuacion, esta(n) o ha(n) estado afiliada(s) a nuestra E.P.S. SANITAS:

Tipo afiliado *	Nombres	Tipo de documento	No. documento	Fecha afiliación EPS Sanitas	Semanas cotizadas SGSSS	Semanas de antiguedad SGSSS	Estado de afiliación	Fecha de la novedad y motivo	Motivo de retiro
CI	ANTONIO_ LARA GARCIA	C	79531819	08/11/2002	658	732	Activo		

* cotizante independiente (CI), cotizante dependiente (CD), pensionado (CP), mixto (MI), amparado(B.Amp), adicional (B.Adic)

Los usuarios marcados con motivo M3, fueron desafiliados por mora superior a tres (3) meses
Los usuarios marcados con motivo DC, fueron desafiliados por documentacion incompleta

La presente se expide a ANTONIO_ LARA GARCIA en BOGOTA D. C. a los 17 dias del mes de NOVIEMBRE de 2018

Cordialmente,



CENTRO DE ATENCION AL USUARIO

NOTA : ESTA CERTIFICACION NO CONSTITUYE APROBACION DE TRASLADO, NI ES DOCUMENTO VALIDO PARA SOLICITAR SERVICIOS MEDICOS.

R.V. Administrador EPS
Expedido en la oficina BOGOTA DIRECCION GENERAL

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ANTONIO LARA GARCIA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **79531819,** se encuentra afiliado (a) desde **31/07/1995** 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
Vinculación Inicial	23	COLPENSIONES	31/07/1995	No Multivinculado
Traslado Aprobado de COLPENSIONES o a un Fondo de Pensión	3	PORVENIR S.A.	01/11/2006	No Multivinculado
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/09/2015	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 12 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.

SEGUROS BOLÍVAR

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

CERTIFICA QUE:

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

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909401, a partir del 16 de Noviembre del año 2017.

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

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	79531819	ANTONIO LARA GARCIA	SANTA CLARA-ASISTENCIAL	3	2.436%	01/09/2016		INDEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 16 de Noviembre del año 2018

Firma Representante Legal

VIGILADO

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119145562

WEB
21:04:25

Bogotá DC, 12 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) ANTONIO LARA GARCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79531819:

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 miércoles 12 de diciembre de 2018, a las 21:08:29, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	79531819
Código de Verificación	795318191812122108 29

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

CGR

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2607760

Bogotá D.C., 12 de Diciembre de 2018 - 21:01 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) **ANTONIO LARA GARCIA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **SETENTA Y NUEVE MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y UN MIL OCHOCIENTOS DIECINUEVE** de BOGOTA D.C.

79531819

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_RIDGN_0121
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 21:11:19 horas del 12/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **79531819**

Apellidos y Nombres: **LARA GARCIA ANTONIO**

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.

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona ANTONIO LARA GARCIA identificado(a) con CC 79531819 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 102524758 desde el 07 de marzo de 2003, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 14 de diciembre de 2018, a solicitud del interesado, con destino a SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Atentamente,



Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogota

Declaración de Renta y Complementario Personas Naturales y Asimiladas de Residentes y Sucesiones Iliquidas de Causantes Residentes

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

PRIVADA

210

1. Año: 2017

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2113627578824

(415)7707212489984(8020) 000211362757882 4

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
7 9 5 3 1 8 1 9	0	LARA	GARCIA	ANTONIO		3 2

24. Actividad económica: 8621 — Si es una corrección indique: — 25.Cód. — 26. No. Formulario anterior — 27. Fracción año gravable 2018 (Marque "X") — 28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque"X")

Patrimonio	Patrimonio bruto	29	588,823,000
	Deudas	30	91,249,000
	Total patrimonio líquido	**31**	497,574,000
Rentas de trabajo	Ingresos brutos por rentas de trabajo (art 103 E.T.)	32	232,495,000
	Ingresos no constitutivos de renta	33	30,737,000
	Renta líquida	**34**	201,758,000
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables	35	76,344,000
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables (limitadas)	36	76,344,000
	Renta líquida cedular de trabajo	**37**	125,414,000
Renta de pensiones	Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	38	0
	Ingresos no constitutivos de renta	39	0
	Renta líquida	**40**	0
	Rentas exentas de pensiones	41	0
	Renta líquida cedular de pensiones	**42**	0
Rentas de capital	Ingresos brutos rentas de capital	43	435,000
	Ingresos no constitutivos de renta	44	124,000
	Costos y gastos procedentes	45	0
	Renta líquida	**46**	311,000
	Rentas líquidas pasivas de capital – ECE	47	0
	Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas de capital	48	0
	Rentas exentas de capital y deducciones imputables (limitadas)	**49**	0
	Renta líquida ordinaria del ejercicio	**50**	311,000
	Pérdida líquida del ejercicio	**51**	0
	Compensación por pérdidas de ejercicios anteriores	52	0
	Renta líquida cedular de capital	**53**	311,000
Rentas no laborales	Ingresos brutos rentas no laborales	54	0
	Devoluciones, rebajas y descuentos	55	0
	Ingresos no constitutivos de renta	56	0
	Costos y gastos procedentes	57	0
	Renta líquida	**58**	0
	Rentas pasivas no laborales – ECE	59	0
	Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas no laborales	60	0
	Rentas exentas no laborales y deducciones imputables (limitadas)	**61**	0
	Renta líquida ordinaria del ejercicio	**62**	0
	Pérdida líquida del ejercicio	**63**	0
	Compensaciones	64	0
	Rentas líquidas gravables no laborales	65	0
	Renta líquida cedular no laboral	**66**	0

Renta por dividendos y participaciones	Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	67	0
	Ingresos no constitutivos de renta	68	0
	Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	**69**	0
	1a. Subcédula año 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	70	0
	2a. Subcédula año 2017 y siguientes Parágrafo 2 art. 49 del E.T.	71	0
	Renta líquida pasiva dividendos ECE y/o recibidos del exterior	72	0
	Rentas exentas de la casilla 72	73	0
	Rentas líquidas gravables de dividendos y participaciones	**74**	0
Renta	**Total rentas líquidas cedulares**	**75**	125,725,000
	Renta presuntiva	76	0
Ganancia Ocasional	Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior	77	0
	Costos por ganancias ocasionales	78	0
	Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	79	0
	Ganancias ocasionales gravables	**80**	0
Liquidación privada — Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	De trabajo y de pensiones	81	23,647,000
	De capital y no laborales	82	0
	Por dividendos y participaciones año 2016 – casilla 69	83	0
	Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 1a, Subcédula	84	0
	Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a. Subcédula, y otros	85	0
	Total Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	**86**	23,647,000
	Impuesto sobre la renta presuntiva	**87**	0
	Total impuesto sobre la renta liquída	**88**	23,647,000
Descuentos	Impuestos pagados en el exterior	89	0
	Donaciones	90	0
	Otros	91	0
	Total descuentos tributarios	**92**	0
	Impuesto neto de renta	**93**	23,647,000
	Impuesto de ganancias ocasionales	94	0
	Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	95	0
	Total impuesto a cargo	**96**	23,647,000
	Anticipo renta liquidado año gravable anterior	97	0
	Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	98	13,275,000
	Retenciones año gravable a declarar	99	28,109,000
	Anticipo renta para el año gravable siguiente	100	0
	Saldo a pagar por impuesto	**101**	0
	Sanciones	102	0
	Total saldo a pagar	**103**	0
	Total saldo a favor	**104**	17,737,000

105. No. Identificación signatario — 106. DV — 107. No. Identificación — 108. Parentesco

981. Cód. Representación — Firma del declarante o de quien lo representa

997. Espacio ex — recaudadora

982. Cód. Contador — Firma contador — 994. Con salvedades

983. No. Tarjeta profesional

2018 8

Firmado
2018-10-04 / 01:35:58 PM
Fecha Acuse de Recibo

980. Pago total $ 0

996. Espacio para el número interno dela DIAN/ Adhesivo

91000579444405

2018379531863 8

RECIBIDO