

Buscar por procesos

Menú

UTC -5 11:20:15

Aumentar el contraste

Buscar...

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones JHON ALEJANDRO RODRIGUEZ URQUIJO,

JHON ALEJANDRO RODRIGUEZ URQUIJO con el Número de documento 1016109840 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 >

Id de página: 14001741 Ayuda ?



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.

SIDEAPO

Última Actualización: 13-ene-2019

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RODRIGUEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) URQUIJO	NOMBRES JHON ALEJANDRO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1016109840	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 00000 D.M. 51		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 29 MES ABR AÑO 1999 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA carrera 120 a 17120 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 5474969 EMAIL jhonalejandro-09@hotmail.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 bachillerato	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	
FECHA DE GRADO											
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	X
MES NOVIEMBRE										AÑO 2016	

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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TEMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
TC	3	X	AUXILIAR DE ENFERMERIA	4 2018	7579



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.



Última Actualización: 13-ene-2019

3

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD clinica palermo	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 5727777	FECHA DE INGRESO DÍA 9 MES 1 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 2 MES 10 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO aux de enfermeria (aprendiz)	DEPENDENCIA contrato de aprendizaje	DIRECCIÓN Cl. 45c #22-02	

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	0	0
PRIVADO	0	8
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	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 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 CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá, 14 enero 19
Jhon Alejandro

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 INTEGRAL DEL COMPLEJO Y LA ASISTENCIA PÚBLICA

Última Actualización: 13-ene-2019

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



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 INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Última Actualización: 04-ene-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JHON ALEJANDRO RODRIGUEZ URQUIJO
IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1016109840 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia Departamento Bogotá D.C. Municipio Bogotá D.C.
Dirección carrera 120 a 17f20 Teléfonos 3205086932 5474969

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MAYERLI URQUIJO CAMELO	37626311	MADRE
KAREN JULIANA RODRIGUEZ URQUIJO	1193111370	HERMANO(A)
JOSE JAIRO RODRIGUEZ PULGARIN	14259059	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	\$ 4.450.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 1.400.000,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 5.850.000,00

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	092-95785-1	FONTIBON	\$ 908,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
OTRO	CICLA	\$ 500.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
ALVARO ROA	ARRIENDO	\$ 250.000,00



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.
SIDEAPO
Sistema de Información de Datos de Salud y Actividad Económica Privada
Última Actualización: 04-ene-2019

TRANSPORTE	TRANSPORTE	\$ 60.000,00
CASA	ALIMENTACION	\$ 100.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

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

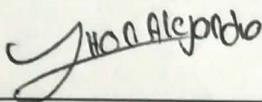
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION
----------------------------	------------------------

3. FIRMA


FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 04-ene-2019
CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

Unidad Educativa Bahía Solano

Resolución 4744 de October 27 de 2006

Familia Unida al Servicio de MAES y la Comunidad
Educación Pre-Escolar, Básica Primaria, Básica Secundaria y Media Académica

Ante mí:

Rodríguez Aquino John Alexander

Identificado (a) con C.C. No. 99042902043 Bogotá, D.C.

Al Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al nivel de Educación Media Académica según los planes y programas vigentes,
y lo (a) acredita para cursar estudios de Educación Superior.

En constancia firman



José Del Carmen Herrera Fuentes
C.C. 79.461.324 de Bogotá
Rector

Aliphan Estrella Herrera Fuentes
C.C. 51.855.374 de Bogotá
Secretaria

Dado en Bogotá, D.C., a los 26 días del mes de Noviembre de 2016
D.E.B. hacia una educación integral en el desarrollo de competencias para vivir e interactuar en Sociedad.

En remisión Registro, autenticación de firmas, en uso de sellos según Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994,
y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de La República.

La República de Colombia
y en su nombre

Medised

Institución de Educación para el Trabajo
y el Desarrollo Humano



Acuerdo No 0065 del 29 de Diciembre del 2.009 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud
Autorización Oficial según Resolución No. 09-118 del 15 de diciembre de 2016 de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.
Certificación Sistema de Gestión de Calidad No. C017.01241 en la Norma ISO 9001:2015 del 07 de Agosto de 2017, BVQI
Certificación de Calidad No. C017.01245 en la NTC 5555:2011 del 07 de Agosto de 2017, BVQI
Certificación de Calidad NTC 5663: 2011 Programas de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano en las Áreas Auxiliares de la Salud
No. CP 5752-2017 del 30 de Enero de 2017, BVQI
Resolución Reconocimiento SENIA 3473 del 16 de Noviembre de 2006.



Reconocimiento



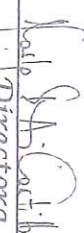
Confiere a:

Rodríguez Urquijó Jhon Alejandro
Identificado con c.c No. 1.016.109.840 de Bogotá

Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias como:

Técnico Laboral en Auxiliar en Enfermería

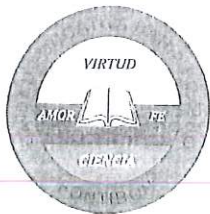
Por haber alcanzado las Competencias Laborales obligatorias contempladas en la estructura curricular y demás normas reglamentarias, con una intensidad horaria de 1670 horas


Directora
Marilyn Roca Alcaraz Castillo
c.c. 30552053 Bogotá


Coordinadora Académica
Maribel Acosta Toro
c.c. 52484386 Bogotá

Anotado en el libro de certificados de Medised No. 1 Registro No. 78 Certificado y acta de certificación No. 3101
Dado en Bogotá a los 12 días del mes de Abril del 2018





Unidad Educativa Bahía Solano

FAMILIA UNIDA AL SERVICIO DE DIOS Y LA COMUNIDAD

P.E.I. HACIA UNA EDUCACIÓN INTEGRAL EN EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS PARA VIVIR E INTERACTUAR EN SOCIEDAD.
AUTORIZADA POR LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DE BOGOTÁ, D.C. SEGÚN RESOLUCIÓN NO. 4744 DEL 27 DE OCTUBRE DE 2006
EDUCACIÓN PREESCOLAR, BÁSICA PRIMARIA, BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA ACADÉMICA
CRA. 112 No. 16H - 08 / TEL: 3 001980

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los veinticuatro (24) días del mes de Noviembre del año 2016, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la UNIDAD EDUCATIVA BAHÍA SOLANO, Institución reconocida oficialmente mediante Resolución No. 4744 del 27 de Octubre de 2006

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica se procedió a otorgar el TÍTULO DE:

BACHILLER ACADÉMICO

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

RODRIGUEZ URQUIJO JHON ALEJANDRO

T.I. No.99042902043 Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada de Acta Original General No. 11 de fecha 26/11/2016 que consta de 42 estudiantes que comienza con el nombre AGUIRRE GARCIA MICHELLE ANDREA y se cierra con el nombre de VARGAS QUINTERO DAHIAN LISETH.

Firmada y sellada por JOSE DEL CARMEN HERRERA FUENTES, (Rector) y MIRYAN ESTHELLA HERRERA FUENTES, (Secretaria).

Dada en Bogotá, D.C., a los veintiséis (26) días del mes de Noviembre del año 2016.

Firmado y sellado


JOSE DEL CARMEN HERRERA FUENTES
Rector
C.C. 79.461.924 de Bogotá


MIRYAN ESTHELLA HERRERA FUENTES
Secretaria
C.C. 51.855.324 de Bogotá

Acta Individual de Grado



MEDISED

RECONOCIMIENTO



Sistema de Gestión con
Certificado de Calidad
ISO 9001 Versión 2008
Bureau Veritas
Certification BVQI

Institución de Educación Para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Acuerdo No 0465 del 29 de diciembre del 2.009 de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud Autorización Oficial según Resolución No. 09-118 del 19 de diciembre de 2016 de la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

Certificación Sistema de Gestión de Calidad No. CO 17.01241 en la Norma ISO 9001:2015 del 07 de agosto de 2017, BVQI

Certificación de Calidad No. CO17.01245 en la NTC 5555:2011 del 07 de agosto de 2017, BVQI
Certificación de Calidad NTC 5663: 2011 Programas de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano en las Áreas Auxiliares de la Salud

No. CP 5752-2017 del 30 de enero de 2017, BVQI

Resolución Reconocimiento SENA 3473 del 16 de noviembre de 2006

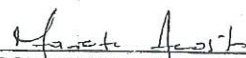
ACTA DE CERTIFICACION

En la ciudad de Bogotá a los 12 días del mes de abril de 2018, el estudiante **RODRIGUEZ URQUIJO JHON ALEJANDRO** con cédula de Ciudadanía No. 1.016.109.840 de Bogotá, cursó y culminó satisfactoriamente el Programa de

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Le confiere el Certificado de Aptitud Ocupacional por Competencias como
**TECNICO LABORAL EN AUXILIAR EN
ENFERMERIA** con una intensidad horaria de 1670 horas


DIRECTORA


COORDINADORA ACADEMICA

MEDISED
INSTITUCION DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y
DESARROLLO HUMANO

APROBACION OFICIAL SEGUN
RESOLUCION 09118 DEL 19 DE DICIEMBRE DE 2016

NIT 800 215 743-1

OTORGA A:

RODRIGUEZ URQUIJO JHON ALEJANDRO

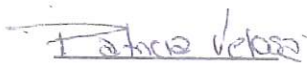
Identificado(a) con cedula de ciudadanía No 1.016.109.840 DE BOGOTA

Teniendo en cuenta que asistió, curso y aprobó cumplidamente al :

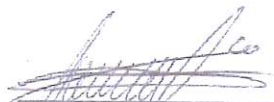
SEMINARIO TALLER EN TOMA DE MUESTRAS

EN TESTIMONIO FIRMAMOS Y SELLAMOS, EN LA CIUDAD DE BOGOTA D.C. EL DIA 14 DE JULIO DE 2017

INTENSIDAD HORARIA 4 HORAS.



DIRECTORA (E)



COORDINADOR (A) ACADEMICA

RCP - R - 036
Versión 3

*Comprometidas con
la Salud a través de
la Educación*



*Tus estudios en
Manas Profesionales*

La Asociación Colombiana para la Formación Integral en Salud

Nit. 900.990.978-9

HACE CONSTAR QUE:

JHON ALEJANDRO RODRIGUEZ URRUTO

Con Cédula de Ciudadanía N. 1.016.109.840

Asistió a la Actualización teórico-práctica en

INYECTOLOGIA POR VIA INTRAMUSCULAR

Realizada el día 24 de Agosto de 2018 en Bogotá, con una intensidad de 6(seis) horas.

Angelica Peña

Angélica Peña
Directora Administrativa



Vitalis

Fabian Gomez

Fabían Gómez
Asistente Administrativo



Bogotá D.C

Señores:

MEDISED

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Jhon Alejandro Rodriguez Viqueo 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:

Auxiliar de enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Jhon Alejandro

No. de documento: 1016109840

Tarjeta profesional No: 7579

Dirección de contacto: Cia 127 A # 77f 20

Teléfono: 3205086932



CP-GH- 2489-10-17

CONGREGACIÓN DE LAS HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE LA
PRESENTACIÓN DE LA SANTISIMA VIRGEN

CLÍNICA PALERMO
NIT: 860.006.745-6

LA JEFE DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

HACE CONSTAR

Que el Sr. **JHON ALEJANDRO RODRIGUEZ URQUIJO**, identificado (a) con cédula de ciudadanía N° **1016109840** de **BOGOTÁ**, estuvo vinculado (a) a la institución del **10 de Enero de 2017** al **09 de Octubre de 2017**.

Desarrollo funciones como aprendiz en el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA EN FORMACION**.

Para constancia firmo la presente solicitud del (a) interesado (a), en Bogotá D.C., el **23 de Octubre de 2017**

Atentamente,

NATHALIE CANTOR VANEGAS.
Jefe Departamento de Talento Humano.

SANDRA CASAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.016.109.840**

RODRIGUEZ URQUIJO REPÚBLICA DE COLOMBIA

APELLIDOS

JHON ALEJANDRO

NOMBRES

Jhon Alejandro

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-ABR-1999**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.77

AB+

M

ESTATURA

G.S. RH

SEXO

04-MAY-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-00911528-M-1016109840-20170608

0055704161A 1

48151177

 DIAN <small>Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales</small>	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal	 MUSCA <small>Modelo Único de Inscripción, Servicio y Control Automatizado</small>	001
2. Concepto <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> Actualización Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario 14495870181	
		 <small>(415) 7707212489904(8020) 0000014495870181</small>	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1 0 1 6 1 0 9 8 4 0</div>	6. DV <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div>	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3 2</div>
IDENTIFICACION			
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida <input type="text" value="2"/>		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="3"/>	
26. Número de identificación: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1 0 1 6 1 0 9 8 4 0</div>		27. Fecha expedición: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2 0 1 7 0 5 0 4</div>	
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1 6 9</div>	
29. Departamento: Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0 0 1</div>	
31. Primer apellido RODRIGUEZ		32. Segundo apellido URQUIJO	
33. Primer nombre JHON		34. Otros nombres ALEJANDRO	
35. Razón social:			
36. Nombre comercial:			
37. Sigla:			
UBICACION			
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C.	
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0 0 1</div>	
41. Dirección principal CL 18 114 B 09			
42. Correo electrónico: jhonalejandro-09@hotmail.com		43. Código postal <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3 2 0 5 0 8 6 9 3 2</div>	
44. Teléfono 1:		45. Teléfono 2:	
CLASIFICACION			
Actividad económica			Ocupación
Actividad principal 46. Código: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8 6 9 9</div> 47. Fecha inicio actividad: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2 0 1 7 0 4 1 2</div>		Actividad secundaria 48. Código: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">9 5 1 2</div> 49. Fecha inicio actividad: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2 0 1 5 1 1 0 1</div>	Otras actividades 50. Código: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1 2</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4 7 2 9</div>
51. Código		52. Número establecimientos	
Responsabilidades, Calidades y Atributos			
53. Código: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1 2</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div>1 2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> <div>6</div> <div>7</div> <div>8</div> <div>9</div> <div>10</div> <div>11</div> <div>12</div> <div>13</div> <div>14</div> <div>15</div> <div>16</div> <div>17</div> <div>18</div> <div>19</div> <div>20</div> <div>21</div> <div>22</div> <div>23</div> <div>24</div> <div>25</div> <div>26</div> </div>			
12- Ventas régimen simplificado			
Obligados aduaneros		Exportadores	
54. Código: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1 2</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div>1 2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> <div>6</div> <div>7</div> <div>8</div> <div>9</div> <div>10</div> <div>11</div> <div>12</div> <div>13</div> <div>14</div> <div>15</div> <div>16</div> <div>17</div> <div>18</div> <div>19</div> <div>20</div> </div>		55. Forma <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> 56. Tipo <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> 57. Modo <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div> 58. CPC <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</div>	
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación Para uso exclusivo de la DIAN			
59. Anexos: SI ☐ NO ☒		60. No. de Folios: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</div>	
61. Fecha: <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2 0 1 9 0 1 0 9</div>			
La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada. Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013 Firma del solicitante:		Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre RODRIGUEZ URQUIJO JHON ALEJANDRO 985. Cargo: CONTRIBUYENTE	



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Secretaría de Hacienda

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

Fecha 08/01/2019

CONTRIBUYENTE

C.C. 1016109840

JHON ALEJANDRO RODRIGUEZ URQUIJO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 18 114 B 09
Teléfonos: 3205086932
Dirección electrónica: jhonalejandro-09@hotmail. Ciudad: BOGOTÁ, D.C. Municipio: BOGOTÁ DC
Fecha de Inscripción: 08/01/2019 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: NO
Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 01/11/2015 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0
Actividad 1: 4729 - Comercio al por menor de otros productos alimenticios n.c.p., en establecimientos especializados
Actividad 2: 4741 - Comercio al por menor de computadores, equipos periféricos, programas de informática y equipos de telecomunicaciones en establecimientos especializados
Actividad 3: 86991 - Otras actividades de atención de la salud humana (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)
Actividad 4: 9512 - Mantenimiento y reparación de equipos de comunicación
Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

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

Fuente: RIT-SHD





Formato:
Compromiso de
actualización y entrega
de documentos

Macroproceso: Estratégico
Proceso: Gerencia de Talento Humano

Versión:

Fecha:

Scanned by CamScanner



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 7579 de 12/06/2018

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

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

LA DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por el Decreto 780 de 2016, Ley 1164 de 2007 y Resolución 3030 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social y,

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) RODRIGUEZ URQUIJO JHON ALEJANDRO Identificado(a) con CC número 1016109840 expedida en BOGOTÁ D.C. solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por MEDISED INSTITUCION DE EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO el día 12/04/2018.
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

En virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a RODRIGUEZ URQUIJO JHON ALEJANDRO identificado(a) con CC número 1016109840 expedida en BOGOTÁ D.C. para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Quedará inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS) dentro de los primeros (5) cinco días hábiles del mes inmediatamente siguiente al de expedición de este Acto Administrativo.

COMUNIQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 12/06/2018

Original Firmado Por
Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA,
Directora de Calidad de Servicios de Salud.

Revisó: Sebastián Quiroz L.
Elaboró: Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 22 - JUNIO - 2018
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) Jhon Alejandro Rodriguez
CC. # 1016109840
Firma Jhon Alejandro

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: 364 9666



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

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 *

1016109840

Primer Nombre *

JHON

Primer Apellido *

RODRIGUEZ

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2019-01-07→4:02:06 PM

<i>Tipo Identificación</i>	<i>Nro. Identificación</i>	<i>Primer Nombre</i>	<i>Segundo Nombre</i>	<i>Primer Apellido</i>	<i>Segundo Apellido</i>	<i>Detalles</i>
CC	1016109840	JHON	ALEJANDRO	RODRIGUEZ	URQUIJO	Ver

Información Detallada [CC: 1016109840] JHON ALEJANDRO RODRIGUEZ URQUIJO**2019-01-07→4:02:06 PM****Información Académica**

<i>Tipo Programa</i>	<i>Origen Obtención Título</i>	<i>Profesión u Ocupación</i>	<i>Fecha desde que puede ejercer</i>	<i>Entidad Reportadora</i>
AUX	Local	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	2018/6/12	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma	Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1				Contra Fiebre Amarilla				
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	28 DIC 2016	220802015	compensar	Contra sifilisa				
	2	17 ENE 2019	2208001175	compensar					
	3	17 FEB 2019			Virus de Papiloma Humano				
	4								
	5								
Contra Hepatitis B	1	02 ABR 2016	1434021.05	LORENA RIOS					
	2	02 MAYO 2016	1434024.03	LORENA RIOS					
	3	05 DIC 2016	1434024.03	compensar					
	R	18 ENE 2019	AHBVC 7MAE	compensar					



Certificado de Aptitud Laboral Ingreso Con Enfoque Osteomuscular



Tipo Doc: CC Nro Identidad: 1016109840 Sexo: Masculino
Apellido: Rodriguez Urquijo Nombre: Jhon Alejandro Edad: 28 años
Empresa: Particular Nacimiento: 29/Abr/1990
Emp. Usaria: Subred Centro Oriente Rh: AB+
Cargo: Auxiliar De Enfermeria
Direccion: Cra 121 A N 17 F 20
Telefono: Celular: 3205086932 Email:
Peso: 68 Kg Estatura: 178 Cm IMC: 21.4
EPS: Compensar ARL: AFP: Porvenir
Escolaridad: Tecnico Laboral Estado Civil: Soltero (a) Jornada Laboral: Diurna
Ciudad: Bogota
Fecha: 17/Ene/2019, Hora: 08:32:54 a.m. Recepcion: # 23412

Exámenes Realizados

☐ Audiometria Clinica ☐ Audiometria Tamiz ☐ Coprologico ☐ Espirometria ☐ Glicemia ☐ Optometria
☐ Perfil Lipidico ☐ Vestibular ☐ Visiometria
Otros: Osteomuscular

Recomendaciones

Otros: M = Higiene Postural -pausas Activas - Control Periodico Ocupacional

Resumen Resultados

Examen	Resultado
Audiometria Tamiz	
Audiometria Clinica	
Optometria	
Visiometria	
Osteomuscular	Examen Osteomuscular Normal, Movimientos Y Fuerza Conservada
Vestibular	
Cardiovascular	
Laboratorios	
Altura	

Recomendaciones Personalizadas: Esquema De Vacunacion Completo

Concepto

Otros: Apto Para El Cargo Asignado

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social (hoy ministerio de trabajo), el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. Ivan Gaviria M.
Medico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
R.S.O 7629 • R.M. 70123523

Ivan Gaviria
Medico 1 Ocupacional
Lic. de S.O #: 7629

Jhon Alejandro Rodriguez Urquijo
CC 1016109840

Huella
Digital

SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD

DIVISION BOGOTA D.C.

NIT: 1032479316-6

MATRICULA NO 0002730586 del 8 de septiembre de 2016

**LA DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN
SALUD SEGÚN LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 1075 DE 2015**

CERTIFICA QUE:

JHON ALEJANDRO RODRIGUEZ URQUIJO
C.C. 1.016.109.840

**ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO TALLER DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VÍCTIMAS
DE VIOLENCIA SEXUAL CON UNA INTENSIDAD DE 40 (CUARENTA) HORAS.**

**CUMPLIENDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 459 DE 2012 Y LO REGLAMENTARIO EN LA
RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 DEL MINISTERIO SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**

OTORGADO EN BOGOTÁ EL DÍA 18 DE OCTUBRE DE 2018
VÁLIDO POR 2 (DOS) AÑOS

**SOCIEDAD COLOMBIANA
DE EMERGENCIAS EN SALUD**
NIT: 1032479316-6
DANIEL MORENO SUESCUN
COORDINADOR

JUAN CAMILO SALAS
PSICOLOGO

SEDE PRINCIPAL CARRERA 78 No 7ª -79

Barrio Castilla - Bogotá DC

Cel. 3057639865 Tel: 5710072

Email scesbogota@hotmail.com

SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD

DIVISION BOGOTA D.C.

NIT: 1032479316-6

MATRICULA No 0002730586 del 8 de septiembre de 2016

LA DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE EMERGENCIAS EN SALUD SEGÚN LA LEY 115 DE 1994 Y DECRETO 1075 DE 2015

CERTIFICA QUE:

JHON ALEJANDRO RODRIGUEZ URQUIJO

C.C. 1.016.109.840

ASISTIÓ Y APROBÓ EL CURSO TALLER DE SOPORTE VITAL BÁSICO CON UNA INTENSIDAD DE 20 (VEINTE) HORAS TEÓRICO PRÁCTICAS

CUMPLIENDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS Y LO REGLAMENTARIO EN LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

**OTORGADO EN BOGOTÁ EL DÍA 10 DE OCTUBRE DE 2018
VÁLIDO POR 2 (DOS) AÑOS**

**SOCIEDAD COLOMBIANA
DE EMERGENCIAS EN SALUD**

NIT: 1032479316-6

DANIEL MORENO

INSTRUCTOR

SEDE PRINCIPAL carrera 78 # 7 a - 79

Barrio Castilla Bogotá DC

Cel. 3057639865 - 5710092

Email scesbogota@hotmail.com

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

FECHA: 14/01/2019 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Condinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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:

I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Rodriguez	Uiquijo	Yhon	Alejandro
TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	101610988	Bogota	2017/05/04
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1999/04/29	Bogota	Colombia	Colombiano
ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ VIUDO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐			

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☐ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒ CUAL: Auxiliar de enfermeria

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cia 120 A 17 F 20	Bogota	Condinamarca	Colombia	94 14969
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
Yhonalejandro.alejandro@gmail.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: <input type="text"/>		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐ SOCIO ☐ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	ESTUDIANTE ☐ CONTRATISTA ☒ EMPLEADO SOCIO ☐	HOGAR ☐ COMERCIANTE ☐	PENSIONADO ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ OTRA.... ☐	CUAL: <input type="text"/>
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA ☐ ICA ☐	CODIGOS C11U ACTIVIDAD ECONOMICA
				8599
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒

FUNCIONARIO PUBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		Subred integrada de servicios Centro Oriente	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☒ INDUST ☐		# NIT 900959051-7	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TIPOPORTE ☐ TECN ☐ OLOGIA ☐ ALIMENT ☐ MEDICAM ☐ OTROS ☐		OTRA ☐ CUAL: X			
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	
Cra 14b# 1-45		3282828		Bogotá	
CARGO ACTUAL		Auxiliar de Enfermería.		DEPARTAMENTO	
				Cundinamarca	
				PAIS	
				Colombia	
				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	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS	
HONORARIOS		ARRENDOS		INVERSIONES	
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	
TOTAL INGRESOS		TOTAL EGRESOS		TOTAL ACTIVOS	
0		0		0	
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	
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	
Pantano		Guerrero		Alirpo	
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION	
Cra 120 # 17F-15		Bogotá			
				TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
				3133742791	
7. REFERENCIA FINANCIERA					
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	
Banco de Bogotá		Cuenta ahorros		092957851	
				SUCURSAL	
				Fontibon	
				TELEFONO	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO	
				PAIS/CIUDAD	
				MONEDA	
				MONTO PROMEDIO	
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:					
IMPORT ☐ DON ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐					
CUAL: <input type="text"/>					
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.):					
Apoyo a la gestión como auxiliar de enfermería					
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 destinarán a actividades lícitas.					
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 mí 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

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los conceptos 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 Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 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 utilización 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 tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón 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 - 43, 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.

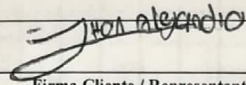
Declaro expresamente:

- A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación 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 prestación 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 la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío 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 finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
 4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
 5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de 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 consecuencia, 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 mí.
 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, teléfono 344 44 84, e-mail sarlat@subredcentroorient.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

9. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorient.gov.co) en el Link " POLÍTICA 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 Índice 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:	

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación: 113012018 Fecha de Radicación: 11/01/2018

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☒ 2. Tipo de Afiliación: A. Individual ☒ B. Colectiva ☐ 3. Régimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐ 4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ 5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐ Código (a registrar por la EPS): 59

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

6. Apellidos y nombres: Rodríguez Jhon Alejandro 7. Tipo de documento de identidad: CC 8. Número de documento de identidad: 1016109840 9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☒ 10. Fecha de nacimiento: 19/04/1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: 12. Discapacidad: 13. Puntaje SISBÉN: 14. Grupo de población especial: 15. Administradora de riesgos laborales - ARL: 16. Administradora de pensiones: 17. Ingreso base de cotización - IBC: 18. Residencia: 19. Apellidos y nombres: 20. Tipo de documento de identidad: 21. Número de documento de identidad: 22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐ 23. Fecha de nacimiento: 24. Apellidos y nombres: 25. Tipo de documento de identidad: 26. Número de documento de identidad: 27. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

28. Fecha de nacimiento: 29. Tipo de documento de identidad: 30. Número de documento de identidad: 31. Discapacidad: 32. Datos de residencia: 33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS):

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: 35. Nombre o razón social: 36. Tipo de documento de identificación: 37. Número del documento de identificación: 38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS):

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

39. Ubicación: 40. Tipo de Novedad: 41. Datos básicos de identificación: 42. Fecha: 43. EPS anterior: 44. Motivo de traslado: 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones:

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción: 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios: 49. Declaración de no intervención del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud: 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales: 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran: 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013: 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario: 55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio:

VIII. FIRMAS

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

IX. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial: 67. Datos del SISBÉN: 68. Fecha de radicación: 69. Fecha de validación: 70. Datos del funcionario que realiza la validación: 71. Firma del funcionario:

OBSERVACIONES: Aporte enero pago en febrero retro con el operador.

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JHON ALEJANDRO RODRIGUEZ URQUIJO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,016,109,840**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 09 días del mes de Enero de 2019.

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1016109840

Numero de Documento

Seguros Bolívar

ARL

Jhon

Primer Nombre

Alejandro

Segundo Nombre

Rodriguez

Primer Apellido

Orjuno

Segundo Apellido

29/04/1999

F. Nacimiento.dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

Cra 121 A1#20

Dirección de Residencia

5474969

Teléfono Fijo

Compensar

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Auxiliar de enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

Jhonalejandro-09@hotmail.com

Correo Electrónico

3205086932

Celular

Jhon Alejandro

Firma del Afiliado

Tatiana P. Clavijo Q.

C.C. No. 52.431.204 B14
Enfermera P.U.J.

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 52.431.204

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 120777292



WEB

12:51:26

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 17 de enero del 2019

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) JHON ALEJANDRO RODRIGUEZ URQUIJO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1016109840:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 17 de enero de 2019, a las 12:48:09, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1016109840
Código de Verificación	1016109840190117124809

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





Bogotá D.C., 17 de Enero de 2019 - 12:46 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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL DIECISEIS MILLONES CIENTO NUEVE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA**

1016109840

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 figuren 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 JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **1_TMXPB_1812**

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 12:16:22 horas del 17/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° 1016109840

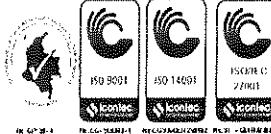
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las [preguntas frecuentes](#) o acérquese a las [instalaciones de la Policía Nacional](#) más cercanas.



Avenida el Dorado N° 75 - 25
Barrio Modelia, Bogotá DC
Atención administrativa de
lunes a viernes de 8:00 am -
12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al
Ciudadano - Bogotá D.C.
5159700 / 30555
Resto del país: 018000 910
112
Requerimientos ciudadanos
24 horas
E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co.



El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que RODRIGUEZ URQUIJO, JHON ALEJANDRO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1.016.109.840 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 092957851, abierta/o desde el 31/10/2017.

Se expide en Bogotá el día 17 del mes de Enero del año 2019

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO