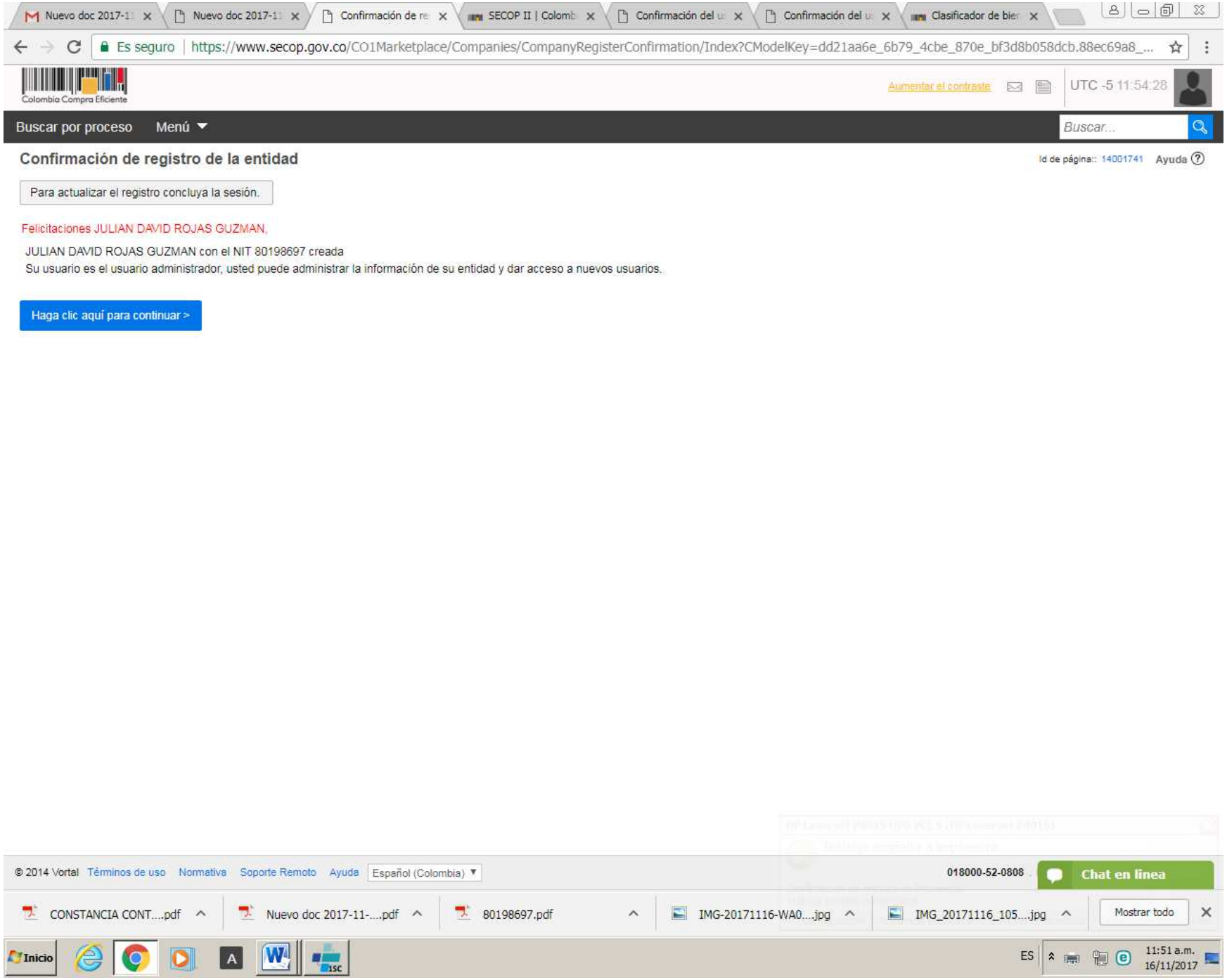



Nuevo doc 2017-11
Nuevo doc 2017-11
Confirmación de re
SECOP II | Colomb
Confirmación del u
Confirmación del u
Clasificador de bien
Es seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmation/Index?CModelKey=dd21aa6e_6b79_4cbe_870e_bf3d8b058dcb.88ec69a8_...
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 11:54:28
Buscar por proceso
Menú
Buscar...
Confirmación de registro de la entidad
Id de página:: 14001741
Ayuda
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones JULIAN DAVID ROJAS GUZMAN,
JULIAN DAVID ROJAS GUZMAN con el NIT 80198697 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 >
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808
Chat en linea
CONSTANCIA CONT....pdf
Nuevo doc 2017-11-....pdf
80198697.pdf
IMG-20171116-WA0....jpg
IMG_20171116_105....jpg
Mostrar todo
Inicio
ES
11:51 a.m.
16/11/2017

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: 14-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
ROJAS	GUZMAN	JULIAN DAVID

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80198697

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 0548309 D.M 4

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 9 MES MAR AÑO 1984

PAÍS Colombia

DEPTO Huila

CIUDAD Pitalito

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: calle 134 n. 10a-48 apto 301

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3203410101

EMAIL klaatu@aol.es

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO bachiller academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES NOVIEMBRE AÑO 2000

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES	TEMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	12	X		MEDICO	6	2008	41153-09

DOMINIO DE IDIOMAS

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Ingles		X			X			X	

Scanned by CamScanner

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: 14-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: SUBRED INTEGRADA SERVICIOS SALUD CENTRO ORIENTE	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: ufencirugia.hemodinamia@gmail.com	
TELÉFONOS: 3444484	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 4 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: medico hospitalario	DEPENDENCIA: cirugia plastica	DIRECCIÓN: DIAGONAL 34 No 5-43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: zona medica	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Boyacá	MUNICIPIO: Puerto Boyacá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: coordinacionzonamedica.ips@gmail.com	
TELÉFONOS: 3204790027	FECHA DE INGRESO: DIA 20 MES 4 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO: DIA 30 MES 3 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: medico de taladro, medico palacio de justicia	DEPENDENCIA: medicina general	DIRECCIÓN: calle 40 n. 26a 50	

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	2	7
PRIVADO	1	11
PARTICULAR	0	0
TOTAL	4	7

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).

Scanned by CamScanner

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: 14-dic-2018

Bogotá 14/12/18

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 14-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JULIAN DAVID ROJAS GUZMAN

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 80198697 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección calle 134 n. 10a-48 apto 301 **Teléfonos** 3203410101 3203410101

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ALDEMAR ROJAS BUSTOS	12098684	PADRE
NORMA GUZMAN	41501010	MADRE
ANTONIA ROJAS LAMPREA	1019910267	HIJO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 78.000.000,00
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	$ 78.000.000,00

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 DAVIVIENDA	AHORROS	008480362683	20 DE JULIO	$ 500.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	calle 134 n. 10a-48	$ 250.000.000,00
VEHICULO	AUTOMOVIL	$ 38.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

Scanned by CamScanner

banco occidente	credito vehiculo	$ 30.000.000,00
colpatria	credito vivienda	$ 140.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

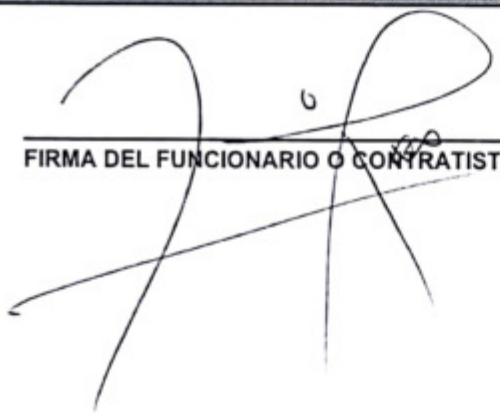
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
MARIA CLAUDIA LAMPREA	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	1032384842

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. 14-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

República de Colombia

Universidad de La Sabana

considerando que, conforme a las disposiciones legales vigentes

Julián David Rojas Guzmán

C.C.Nº 80.198.697

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

Médico

Dado en el Campus Universitario de Chía, a los 24 días del mes de Junio de 2008.

Rector

Rectoría

Decano

Secretario General

Secretaría General

Personería jurídica otorgada por la resolución 138 de Enero 14 de 1960, Ministerio de Educación Nacional.

Anotado al folio 383 del libro de registro No.4
a los 24 días del mes de Junio de 2008.

DILIGENCIA DE AUTENTICACION
NOTARIO TREINTA Y NUEVE
DE BOGOTA D.C.
17 OCT 2008
Certifico que la presente fotocopia coincide exactamente con el original que tuve a la vista.
MIGUEL ARTURO LINERO DE CAMBIL
NOTARIO

Generated by CamScanner

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. 1183 del libro de Actas de Grado de la Universidad consta que en el Campus Universitario del Puente del Común, municipio de Chía, el día 24 del mes de JUNIO del año 2008 se realizó la ceremonia de grado de estudiantes de la Universidad de La Sabana en la cual JULIAN DAVID ROJAS GUZMAN con Cédula de Ciudadanía No.80198697, por haber cursado y aprobado los estudios y haber cumplido los requisitos legales conjuntamente con los contemplados en los Reglamentos de la Universidad recibió el título de MÉDICO otorgado por La Universidad de la Sabana con el diploma No 31756.

La Universidad está autorizada para conferir este título por Resolución del Ministerio de Educación Nacional No.4050 de Julio 19 2007.

El presidente de la ceremonia, previo el juramento de rigor por parte del graduando, 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 asi:

El Rector OBDULIO VELÁSQUEZ POSADA

El Decano de la Facultad de MEDICINA
CAMILO OSORIO BARKER

El Secretario General
RAFAEL GUILLERMO STAND NIÑO

Se expide la presente Acta en el Campus Universitario del Puente del Común, Municipio de Chía (Colombia), a los veinticuatro (24) días del mes de JUNIO de dos mil ocho (2008).

RAFAEL GUILLERMO STAND NIÑO
Secretario General

Secretaría General

Generated by CamScanner

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, Julian David Rojas Guzman 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:

Médico General
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 80. 198. 697

Tarjeta profesional No: 41153/2009

Dirección de contacto: Calle 134 # 10A-48

Teléfono: 3203410101

Scanned by CamScanner

ZONAMEDICA MR
NIT No. 900.170.994-9

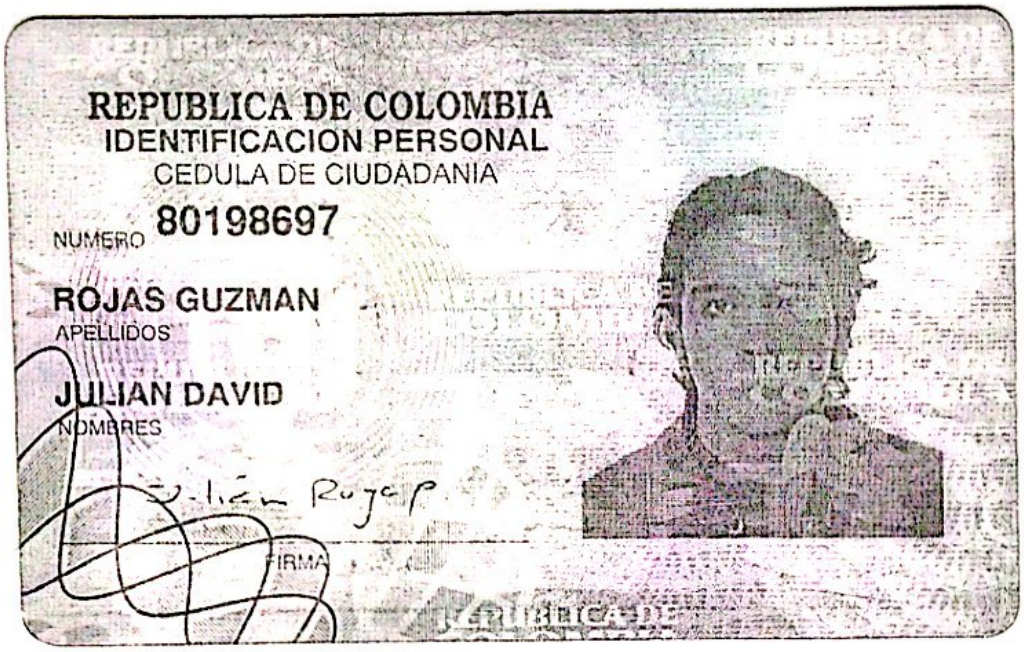
CERTIFICA:

Que el Doctor JULIAN DAVID ROJAS GUZMAN identificado con cedula de ciudadanía No. 80.198.697 de Bogotá, a prestado sus servicios como MEDICO, para nuestros clientes Mansarovar, Palacio de Justicia y Personería, bajo la modalidad contractual por Obra u/o Labor, desde el 05 de Mayo de 2014 a la fecha.

Se expide la presente certificación a solicitud de la interesada, a los Veintisiete (27) días del mes de Abril de 2015.

Cordialmente,

ANDRES MEDINA RODRIGUEZ
Gerente General
ZONAMEDICA MR SAS



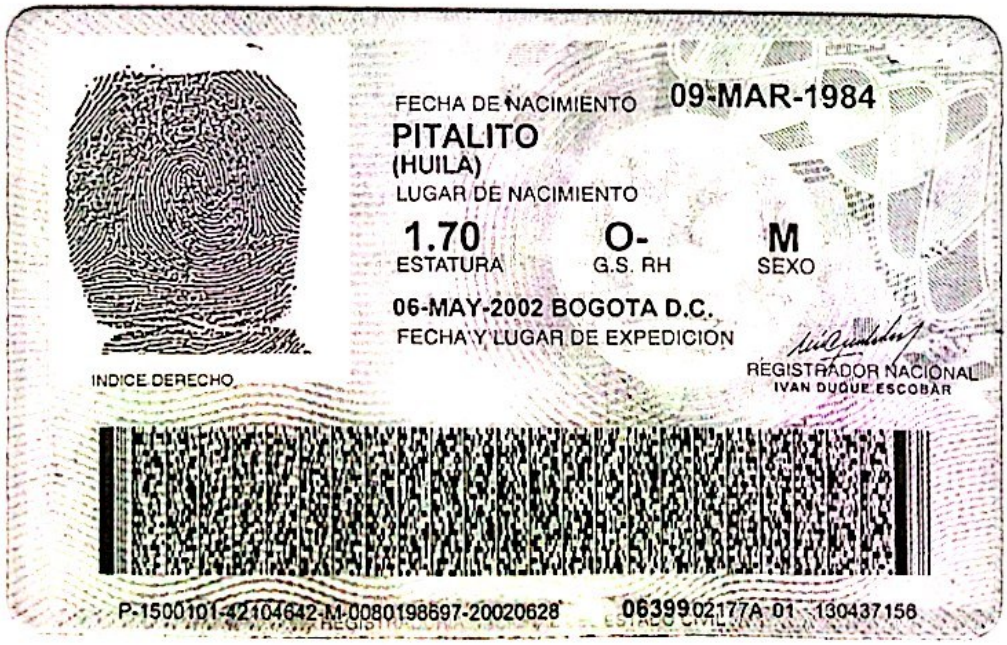
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80198697

ROJAS GUZMAN
APELLIDOS

JULIAN DAVID
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-MAR-1984
PITALITO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | O- G.S. RH | M SEXO

06-MAY-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

P-1500101-42104642-M-0080198697-20020628 06399 02177A 01 130437156

Generated by CamScanner

DIAN

Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14317789774

(415)7707212489984(8020) 000001431778977 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 1 9 8 6 9 7	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	8 0 1 9 8 6 9 7	2 0 0 2 0 5 0 6

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROJAS	GUZMAN	JULIAN	DAVID

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: CR 9 A 119 48 AP 103

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
klaatu@aol.es		6 1 2 2 0 5 6	3 2 0 3 4 1 0 1 0 1

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 0 8 0 7 1 0	8 6 2 1	2 0 1 4 1 0 1 6			1 2 3 9	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

22- Obligado a cumplir deberes formales

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 4 1 0 1 6

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 ROJAS GUZMAN JULIAN DAVID

985. Cargo: Representante legal Certificado

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: 23-11-2016
Hora: 2:30:14 PM

CONTRIBUYENTE NIT 80198697-4 JULIAN DAVID ROJAS GUZMAN

Información General

Dirección CL 134 10 A 48 AP 301

Teléfonos 6122056-3203410101

Dirección electrónica klaatu@aol.es

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 22/08/2016

Soporte Inscripción 22440510

Fecha Inicio Actividades 16/10/2014

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: 16001390235

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.

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

80198697

ROJAS GUZMAN

JULIAN DAVID



PERTENECE AL EJERCITO DE:

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC.	31 - DIC.	31 - DIC.
2014	2024	2034

PROFESION BACHILLER

FECHA EXPEDICION

26-AGO-2003

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
   - Tomar posesión de los empleos públicos o privados
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
   - Registrar título como profesional y ejercer la profesión
   - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
   - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad

2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

0548309

CT FEDERICO MARTINEZ GARCIA
Comandante de zona



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACIÓN UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden

41 153/2009
Registro No.

Profesión u Ocupación

MEDICO

Nombres y Apellidos

JULIAN DAVID ROJAS GUZMAN

C.C. o C.E. De

C 80198697 BOGOTA

Institución de Educación Ciudad

U. D LA SABANA BOGOTA

Código 58426/01 Fecha de Expedición 27/03/09

Generated by CamScanner

GOBERNACION DEL HUILA

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

RESOLUCIÓN No 000153

Por la cual se autoriza el ejercicio de la Profesión en el Territorio Nacional
EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL
de conformidad con el Decreto No. 1875 del 3 de Agosto
de 1994, y Decreto No. 1352 del 12 de Julio de 2000 y

CONSIDERANDO

Que **JULIAN DAVID ROJAS GUZMAN**, con Cédula de Ciudadanía No. **80.198.697** expedida en SANTAFE DE BOGOTA (C), ha solicitado la autorización del ejercicio profesional como **MEDICO,** título que le otorgó LA UNIVERSIDAD DE LA SABANA, según acta de grado No. 1183 y diploma de SANTAFE DE BOGOTA, el 24 de Junio de 2008.

Que dicho título se encuentra debidamente registrado al Folio No. 383 del libro de diplomas No. 4 de la Universidad.

Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en el (la) LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS de PALERMO HUILA, durante el periodo comprendido del 01 de Agosto de 2008 hasta el 31 de Enero de 2009.

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Autorizar a **JULIAN DAVID ROJAS GUZMAN**, con Cédula de Ciudadanía No. 80.198.697 expedida en SANTAFE DE BOGOTA (C), para ejercer como **MEDICO**, en el territorio Nacional.

ARTÍCULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizó el titulo, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde va a laborar, con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

Dada en Neiva (Huila), el 06 FEB 2009

JOSE EUGENIO CARRERA QUINTANA
Secretario de Salud Departamental

MCA / DFTR.

ReTHUS

A continuación diligencie su identificación para proceder a consultar si se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN *

Cédula de Ciudadanía ▼

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN *

80198697

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

El ciudadano con Identificación CC 80198697, se encuentra inscrito en el Registro Nacional de Talento Humano en Salud.

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C-014864

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) **JULIAN DAVID ROJAS GUZMAN**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 80.198.697 de bogota T.P. o R.M. No. 41153/2009 expedida por bogota, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los Catorce (14) 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

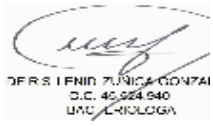
LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ANDRADE NARVAEZ

4304576

Nombre	**ROJAS GUZMAN JULIAN DAVID**		Fecha de recepcion:	30-abr-2015 6:18 pm	
Identificacion	CC 80198697	Tel.	Fecha de impresion:	02-may-2015 8:13 am	
Edad	31 Años 0 meses 0 dias	Sexo M	Empresa	SEPULVEDA ARCHILA MARTHA DRA. - CUENTA	
Medico	MEDICOS VARIOS		Sede	REFERENCIA	
No. Ordenamiento	0371599		Fecha Validacion	01-may-2015 9:52:00p.m.	Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	MAYOR DE 1000	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
No Reactiva: Menor de 10 mUI/ml
Reactiva: Mayor de 10 mUI/ml





LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN
ANDRADE NARVAEZ

4304576

Nombre	**ROJAS GUZMAN JULIAN DAVID**		Fecha de recepcion:	30-abr-2015 6:18 pm	
Identificacion	CC 80198697	Tel.	Fecha de impresion:	02-may-2015 8:13 am	
Edad	31 Años 0 meses 0 dias	Sexo M	Empresa	SEPULVEDA ARCHILA MARTHA DRA. - CUENTA	
Medico	MEDICOS VARIOS		Sede	REFERENCIA	
No. Ordenamiento	0371599		Fecha Validacion	01-may-2015 9:52:00p.m.	Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
[redacted]	MAYOR DE 1000	mUI/ml	

V. de Referencia:
No Reactiva: Menor de 10 mUI/ml
Reactiva: Mayor de 10 mUI/ml

DERLY YANNETH OSPINA SELIA
C.C. 20,644,959
BACTERIOLOGA

DERLY YANNETH OSPINA GONZA
C.C. 40,924,940
BACTERIOLOGA

NIT. 800.066.0[illegible]-3
Sede Principal: Calle 18 No. 13-60 • PBX 744 7555 Ext. 2813 - 2818 • Fax 744 7555 Ext. 2823 - 2829
Sede Norte: Calle 109 No. 15-01 • Tel: 214 2124 • Fax: 214 2124
Sede Centro: Calle 18 No. 13-06 Cons. 204 • Tels: 282 2809 - 282 2717 • Fax: 282 2810
Sede Calle 85: Calle 85 no. 12-15 • Tel: 236 3766 • Fax: 257 2012
E-mail: [illegible]@laboratoriocolcan.com • www.laboratoriocolcan.com • Bogotá - Colombia

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	oct 11 05	EUB9 LO serum	Liliana Rojas
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	NOV/10	U10485	Nidia Rojas
	2	Dic/10	11 11	Nidia Rojas
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

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

ESQUEMA DE VACUNAS

Vacuna	Edad	Fecha
Hexa Penta Tetraxim	2 m 4 m 6 m 18 m 5a	
RUBEOLA SARAMPION Y PAPERAS	1a 5a	
REFUERZOS D.T. O T.T.		
HEPATITIS B	1a. Dosis 2a. Dosis 3a. Dosis Refuerzo	21 FEB. 2007 23 MAR. 2007 25 ABR. 2007 Abril 2008
PREVENAR	1a. Dosis 2a. Dosis 3a. Dosis 4a. Dosis	
VARICELA		
HEPATITIS A		
INFLUENZA (GRIPE)		
FIEBRE AMARILLA	10 MAYO 201	
FIEBRE TIFOIDEA		
NEUMOCOCO (Cada 5 años)		
OTRAS		

Certificado Internacional de Vacunación o de Profilaxis

International Certificate of Vaccination or Prophylaxis • Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

Certificado Internacional de Vacunación o de Profilaxis
International certificate of vaccination or prophylaxis
Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

Certifica que (nombre)
Juan D. Rojas
This is to certify that (name)/ Nous certifions que (nom)

Fecha de Nacimiento
04/03/84
Date of birth/ né(e) le

Sexo
M
Sex/ de sexe

Nacionalidad
Colombia
Nacionality/ et de nationalité

Documento nacional de identificación
80198697.
National identification document/ document d'identification national

Vacuna o Profilaxis	Fecha	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación
Vaccine or Prophylaxis	*Date*	*Signature and professional status of supervising clinician*
Vaccin ou agent prophylactique	*Date*	*Signature et titre du clinicien responsable*
Fiebre Amarilla	07 AGO 2014	Andrea Osorio Rojas AUXILIAR ENFERMERIA CEMCA O.C. 40.188.075 VILLAVICENCIO

Cuya firma aparece a continuación
Whose signature follows / dont la signature suit

En la fecha indicada ha sido vacunado o ha recibido profilaxis contra
Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:
A été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre:
Fiebre Amarilla.
Nombre de la enfermedad/ name of disease or condition / nom de la maladie ou de l'affection

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional
in accordance with the International Health Regulations
conformément au Règlement Sanitaire International

Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis	Certificado válido desde: hasta: *Certificate valid from: until:* *Certificat valuable à partir du: jusqu'au:*	Sello oficial del centro devacunación *Official stamp of the administering centre* *Cachet officiel du centre habilité*
Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis		
Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot		
0366-1 8/13.	X10a20J	

• International Health Regulations 2005 • Règlement Sanitaire International 2005 • 5

Generated by CamScanner

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	oct 11 05	EUB9 LO serum	Liliana Rojas
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	NOV/10	U10485	Nidia Rojas
	2	Dic/10	11 11	Nidia Rojas
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

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

ESQUEMA DE VACUNAS

Vacuna	Edad	Fecha
Hexa Penta Tetraxim	2 m 4 m 6 m 18 m 5a	
RUBEOLA SARAMPION Y PAPERAS	1a 5a	
REFUERZOS D.T. O T.T.		
HEPATITIS B	1a. Dosis 2a. Dosis 3a. Dosis Refuerzo	21 FEB. 2007 23 MAR. 2007 25 ABR. 2007 Abril 2008
PREVENAR	1a. Dosis 2a. Dosis 3a. Dosis 4a. Dosis	
VARICELA		
HEPATITIS A		
INFLUENZA (GRIPE)		
FIEBRE AMARILLA	10 MAYO 201	
FIEBRE TIFOIDEA		
NEUMOCOCO (Cada 5 años)		
OTRAS		

Certificado Internacional de Vacunación o de Profilaxis

International Certificate of Vaccination or Prophylaxis • Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

Certificado Internacional de Vacunación o de Profilaxis
International certificate of vaccination or prophylaxis
Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

Certifica que (nombre)
Juan D. Rojas
This is to certify that (name)/ Nous certifions que (nom)

Fecha de Nacimiento
04/03/84
Date of birth/ né(e) le

Sexo
M
Sex/ de sexe

Nacionalidad
Colombia
Nacionality/ et de nationalité

Documento nacional de identificación
80198697.
National identification document/ document d'identification national

Vacuna o Profilaxis	Fecha	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación
Vaccine or Prophylaxis	*Date*	*Signature and professional status of supervising clinician*
Vaccin ou agent prophylactique	*Date*	*Signature et titre du clinicien responsable*
Fiebre Amarilla	07 AGO 2014	Andrea Osorio Rojas AUXILIAR ENFERMERIA CEMCA O.C. 40.188.075 VILLAVICENCIO

Cuya firma aparece a continuación
Whose signature follows / dont la signature suit

En la fecha indicada ha sido vacunado o ha recibido profilaxis contra
Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:
A été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre:
Fiebre Amarilla.
Nombre de la enfermedad/ name of disease or condition / nom de la maladie ou de l'affection

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional
in accordance with the International Health Regulations
conformément au Règlement Sanitaire International

Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis	Certificado válido desde: hasta: *Certificate valid from: until:* *Certificat valuable à partir du: jusqu'au:*	Sello oficial del centro devacunación *Official stamp of the administering centre* *Cachet officiel du centre habilité*
Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis		
Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot		
0366-1 8/13.	X10a20J	

• International Health Regulations 2005 • Règlement Sanitaire International 2005 • 5

Generated by CamScanner

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9



ZONAMEDICA MR SAS
900170994

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

CERTIFICADO DE APTITUD NO. 80198697 - 36629

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar	14 de Diciembre de 2018	BOGOTA D.C	**Tipo de Examen**	**INGRESO**	
Nombre	JULIAN DAVID ROJAS GUZMAN		**Cédula**	80198697	
Género	MASCULINO	**Edad** 31	**Teléfono**	4791868	**Móvil:** 3203410101
Dirección	CLL 134 NO 10 A 48		**E.P.S.**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	
Empresa	PARTICULARES		**Cargo**	MEDICO	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL REALIZADOS

Tipo de Valoración	Recomendaciones
OPTOMETRÍA	CONTROL ANNUAL
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL
NIVELES DE ANTICUERPOS HEPATITIS B	
ANEXO OSTEOMUSCULAR	

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO

Observaciones:

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
No		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Promoción y Prevención

No	
No	

ALEXANDRA FREYRE FRANCO
Médico Especialista en Salud Ocupacional

2033/2014
1012/2009
Registro

JULIAN DAVID ROJAS GUZMAN **80198697**
Firma Empleado Huella Cédula

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:

JULIAN ROJAS

CC.: 80198697

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 Noviembre de 2016

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

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

Centro Internacional de Entrenamiento en Urgencias y Emergencias

TRAINING LAB
Laboratorio de Simulación para Habilidades y Destrezas Clínicas

Nit. 900386743-5

www.grupocolombianodeemergencias.com

Certifica que:

JULIAN DAVID ROJAS GUZMAN.

C.C. 80.198.697

APROBÓ EL CURSO TALLER:

"SOPORTE VITAL AVANZADO "SVA-ACLS""

"MANEJO DEFINITIVO DEL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA (CUNDINAMARCA) EL DÍA 10 DE AGOSTO DE 2014,
DURACIÓN 48 HORAS
DESARROLLADO CON LAS GUÍAS 2010 DE LOS COMITÉS NACIONALES E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.
TEMARIO: REANIMACION CARDIOPULMONAR Y VIA AREA AVANZADA, ECV, SCA, RITMOS DE PARO, MANEJO DEL DESFIBRILADOR, CODIGO AZUL TALLER DE HABILIDADES Y SOFTWARE.

Resolución 2003/2014. **LICENCIA No 4461 de 29/04/2011.**

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.
INSTRUCTORA BLS–ACLS (AHA), CORAT.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
COORDINADOR MEDICO.
NEUROCIRUJANO
REGISTRO MEDICO NO. 20511/05
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE.

AMAURY JULIO VILLA.
JEFE Y COORDINADOR NACIONAL G.C.E.
INSTRUCTOR BLS-ACLS (AHA)
PHTLS, CORAT.

FECHA DE RENOVACION SVA –ACLS AGOSTO 2016 Cel.3107451759

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
LICENCIA No. 4461 DEL 29 DE ABRIL DE 2011
PARA CAPACITACION Y EDUCACION DE TERCERIA DE SALUD
Nit: 900386743-5

Scanned by CamScanner

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS

Centro Internacional de Entrenamiento en Urgencias y Emergencias

TRAINING LAB
Laboratorio de Simulación para Habilidades y Destrezas Clínicas

Nit. 900386743-5

www.grupocolombianodeemergencias.com

Certifica que:

JULIAN DAVID ROJAS GUZMAN.

C.C. 80.198.697

APROBO EL CURSO TALLER:

"SOPORTE VITAL BASICO SVB (BLS)"

"ABORDAJE AL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA (CUNDINAMARCA), EL DÍA 09 DE AGOSTO DE 2014 DURACIÓN 20 HORAS, CURSO QUE SE DESARROLLÓ CON LAS GUÍAS 2010 DE LOS COMITÉS NACIONALES (CNR) E INTERNACIONALES DE RESUCITACIÓN PARA EL PERSONAL DEL EQUIPO DE SALUD.

Resolución 2003/2014. LICENCIA No. 4461 de 29/04/2011.

KAREN LOBO NARVAEZ.
COORDINADORA OPERATIVA
NACIONAL COLOMBIA G.C.E.
INSTRUCTORA BLS-ACLS , CORAT.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
COORDINADOR MEDICO.
NEUROCIRUJANO
REGISTRO MEDICO NO. 20511/05
INSTRUCTOR BLS-ACLS GCE

AMAURY JULIO VILLA.
JEFE Y COORDINADOR NACIONAL G.C.E.
INSTRUCTOR BLS-ACLS (AHA)
PHTLS, CORAT.

FECHA DE RENOVACION SVB AGOSTO 2016 Cel.3107451759

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
LICENCIA No. 4461 DEL 24 DE ABRIL DE 2011
PARA CAPACITACIÓN Y EDUCACION
DE SECRETARIA DE SALUD
NIT: 900386743-5

Scanned by CamScanner

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS
Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias y Emergencias
Nit. 900386743-5

EL COMITÉ NACIONAL DE CAPACITACION DEL GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS Y LA DIRECCION CIENTIFICA

Otorgan la presente
CONSTANCIA A:

JULIAN DAVID ROJAS GUZMAN.

C.C. 80.198.697

Por su participación como asistente de los cursos de:

"SOPORTE VITAL BÁSICO Y AVANZADO "BLS - ACLS"

ABORDAJE AL PACIENTE CON PARADA CARDIORESPIRATORIA BÁSICA Y AVANZADA "48 HORAS"

Entregado en la ciudad de Bogotá (Cundinamarca).
El día 10 de Agosto de 2014.

Curso taller con laboratorio de simulación (simuladores de acciones vitales humanas, integrales y automatizadas).
Temario: Patologías, situaciones y ritmos que advierten un paro cardio-respiratorio, Código azul en salas de urgencias y reanimación, Manejo avanzado de la vía aérea, Técnicas de intubación, Farmacología y utilización de medicamentos en la reanimación avanzada, Manejo del Desfibrilador Externo Automático (DEA), Manejo del Cardio Desfibrilador, Síndromes coronarios agudos, Abordaje al paciente con Evento cerebro vascular, Cuatro ritmos de paro y abordaje con software interactivo, Manejo del diagnóstico diferencial (6T y 6H), Código azul y Mega códigos talleres prácticos y Software.
Basado en las guías de resucitación cardiopulmonar del comité nacional y de los comités internacionales de reanimación cardiopulmonar guías 2010, de acuerdo lo que exige la resolución 2003/2014 para el personal del equipo de salud.
LICENCIA No 4461 de 29/04/2011.

DR. JUAN PABLO SALGADO C.
Coordinador Medico
NEUROCIRUJANO
REGISTRO MEDICO No.20511/05
Instructor BLS-ACLS GCE

GRUPO COLOMBIANO DE EMERGENCIAS
CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS
LICENCIA No 4461 DEL 24 DE ABRIL DE 2011
PARA CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN
DE SECRETARIA DE SALUD
NIT. 900386743-5

BOGOTÁ D.C Calle 71 No. 14 -17 Piso 2 Teléfonos: (57)1 235 2852 - 217 4799
BARRANQUILLA Calle 72 No. 57-58 Of. 14 Teléfonos: (57)5 320 1207 - 320 1035
Línea Nacional 310 7451759 grupocolombianodeemergencias@gmail.com www.grupocolombianodeemergencias.com

Scanned by CamScanner

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

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

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

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
ROJAS	GUZMAN	JULIAN	DAVID		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC: X	C.E: ☐	R.C: ☐	NUIP: ☐	80198697	BOGOTA D.C	2002-05-06
PASAPORTE: ☐	OTRO: ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI: X		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1961-07-05	PITALITO/HUILA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A): ☐ CASADO: X DIVORCIADO(A): ☐ UNION LIBRE: ☐	1	1	3203410101

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 134 #10A-48 APTO 301	BOGOTA	BOGOTA D.C	COLOMBIA	3203410101

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
KLAATU@AOL.ES		PROPIA: X	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
LAMPREA	RAMIREZ	MARIA	CLAUDIA

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C: X	C.E: ☐	R.C: ☐	NUIP: ☐	1032384842	BOGOTA	2005-04-06	
PASAPORTE: ☐	OTRO: ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X: X		NACIONALIDAD:	COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI: X	IVA	SI: ☐	NO: X		8621	
	NO: ☐	ICA	SI: ☐	NO: X		PRINCIPAL:	SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE	SI: ☐	NO: X	AGENTE RETENEDOR	SI: ☐ NO: X	AGENTE AUTORETENEDOR	SI: ☐ NO: X

Scanned by CamScanner

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 ☒	SUB RED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒	# NIT	900.959.051-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ BANCARIA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ ☐
OTRA ☐ CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIAGONAL 34 No 5-43	3444484	BOGOTA	BOGOTA D C	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	MEDICO HOSPITALARIO CIRUGIA PLASTICA	FECHA VINCULACION	2015-01-01

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	4.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	$ 125.000.000
HONORARIOS	$ 6.500.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	$ 10.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	$ 680.000	VEHICULOS	$ 40.000.000	DEUDA VEHICULOS	$ 15.000.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	$ 1.500.000	PROPIEDADES	$ 425.000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 2.000.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 6.500.000	TOTAL EGRESOS	$ 4.180.000	TOTAL ACTIVOS	$ 465.000.000	TOTAL PASIVOS	$ 150.000.000

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

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
RAMIREZ	OREJUELA	MARIA	DEL PILAR
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CLL.150 # 50-68APTO 105	BOGOTA D.C/COLOMBIA	SUEGRA	3124249939

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DAVIVIENDA	CUENTA AHORROS	0480362683	20 DE JULIO	01-800-0123838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

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

Scanned by CamScanner

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.)

MEDICO HOSPITALARIO HOSPITAL SANTA CLARA

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 requeriria 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:

Scanned by CamScanner

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 compreende 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 , estadisticas, 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.

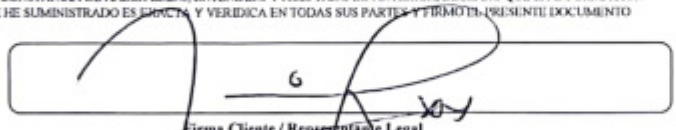
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. 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.AUTORIZACION: 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:		

Scanned by CamScanner

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

DIAN

PRIVADA

210

1. Año: 2017

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2113603659521

(415)7707212489984(8020) 000211360365952 1

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
8019869	7 4	ROJAS	GUZMAN	JULIAN	DAVID	3 2

24. Actividad económica: 0010 — 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	332,799,000
	Deudas	30	167,918,000
	Total patrimonio liquido	31	164,881,000
Rentas de trabajo	Ingresos brutos por rentas de trabajo (art 103 E.T.)	32	74,031,000
	Ingresos no constitutivos de renta	33	6,471,000
	Renta liquida	34	67,560,000
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables	35	32,924,000
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables (limitadas)	36	27,024,000
	Renta liquida cedular de trabajo	37	40,536,000
Renta de pensiones	Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	38	0
	Ingresos no constitutivos de renta	39	0
	Renta liquida	40	0
	Rentas exentas de pensiones	41	0
	Renta liquida cedular de pensiones	42	0
Rentas de capital	Ingresos brutos rentas de capital	43	1,000
	Ingresos no constitutivos de renta	44	1,000
	Costos y gastos procedentes	45	0
	Renta liquida	46	0
	Rentas liquidas 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 liquida ordinaria del ejercicio	50	0
	Pérdida liquida del ejercicio	51	0
	Compensación por pérdidas de ejercicios anteriores	52	0
	Renta liquida cedular de capital	53	0
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 liquida	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 liquida ordinaria del ejercicio	62	0
	Pérdida liquida del ejercicio	63	0
	Compensaciones	64	0
	Rentas líquidas gravables no laborales	65	0
	Renta liquida 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 liquida 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 liquida pasiva dividendos - ECE y/o recibidos del exterior	72	0
	Rentas exentas de la casilla 72	73	0
	Rentas liquidas gravables de dividendos y participaciones	74	0
Renta	**Total rentas liquidas cedulares**	75	40,536,000
	Renta presuntiva	76	5,402,000
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 liquidas cedulares	De trabajo y de pensiones	81	1,104,000
	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 liquidas cedulares	86	1,104,000
	Impuesto sobre la renta presuntiva	87	0
	Total impuesto sobre la renta liquida	88	1,104,000
Descuentos	Impuestos pagados en el exterior	89	0
	Donaciones	90	0
	Otros	91	0
	Total descuentos tributarios	92	0
	Impuesto neto de renta	93	1,104,000
	Impuesto de ganancias ocasionales	94	0
	Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	95	0
	Total impuesto a cargo	96	1,104,000
	Anticipo renta liquidado año gravable anterior	97	0
	Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	98	0
	Retenciones año gravable a declarar	99	2,429,000
	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	1,325,000

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

Firmado

2018 — 1

2018-08-09 / 06:28:41 PM

980. Pago total $: 0

996. Espacio para el número interno dela DIAN/ Adhesivo

DIAN

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

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

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

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
ROJAS	GUZMAN	JULIAN	DAVID		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC: X	C.E: ☐	R.C: ☐	NUIP: ☐	80198697	BOGOTA D.C	2002-05-06
PASAPORTE: ☐	OTRO: ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI: X		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1961-07-05	PITALITO/HUILA	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A): ☐ CASADO: X DIVORCIADO(A): ☐ UNION LIBRE: ☐	1	1	3203410101

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 134 #10A-48 APTO 301	BOGOTA	BOGOTA D.C	COLOMBIA	3203410101

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
KLAATU@AOL.ES		PROPIA: X	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
LAMPREA	RAMIREZ	MARIA	CLAUDIA

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C: X	C.E: ☐	R.C: ☐	NUIP: ☐	1032384842	BOGOTA	2005-04-06	
PASAPORTE: ☐	OTRO: ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X: X		NACIONALIDAD:	COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI: X	IVA	SI: ☐	NO: X		8621	
	NO: ☐	ICA	SI: ☐	NO: X		PRINCIPAL:	SECUNDARIA: ☐

GRAN CONTRIBUYENTE	SI: ☐	NO: X	AGENTE RETENEDOR	SI: ☐ NO: X	AGENTE AUTORETENEDOR	SI: ☐ NO: X

Scanned by CamScanner

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 ☒	SUB RED INTEGRAL DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒	# NIT	900.959.051-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ BANCARIA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐ ☐
OTRA ☐ CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIAGONAL 34 No 5-43	3444484	BOGOTA	BOGOTA D C	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	MEDICO HOSPITALARIO CIRUGIA PLASTICA	FECHA VINCULACION	2015-01-01

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	4.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	$ 125.000.000
HONORARIOS	$ 6.500.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	$ 10.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	$ 680.000	VEHICULOS	$ 40.000.000	DEUDA VEHICULOS	$ 15.000.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	$ 1.500.000	PROPIEDADES	$ 425.000.000	DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 2.000.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 6.500.000	TOTAL EGRESOS	$ 4.180.000	TOTAL ACTIVOS	$ 465.000.000	TOTAL PASIVOS	$ 150.000.000

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

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
RAMIREZ	OREJUELA	MARIA	DEL PILAR
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CLL.150 # 50-68APTO 105	BOGOTA D.C/COLOMBIA	SUEGRA	3124249939

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DAVIVIENDA	CUENTA AHORROS	0480362683	20 DE JULIO	01-800-0123838

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

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

Scanned by CamScanner

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** con el propósito de que se pueda dar cumplimiento a lo señalado al respecto en la Circular Externa 009 de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción":

1. Que los recursos que entregue y entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.)

MEDICO HOSPITALARIO HOSPITAL SANTA CLARA

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 requeriria 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:

Scanned by CamScanner

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 compreende 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 , estadisticas, 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.

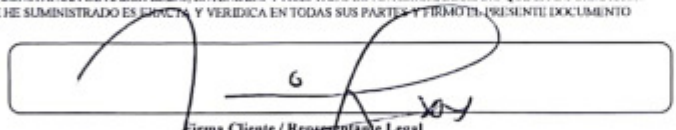
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. 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.AUTORIZACION: 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:		

Scanned by CamScanner

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) JULIAN DAVID ROJAS GUZMAN identificado(a) con cedula ciudadania 80.198.697 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base dedatos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20150901	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 14 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
A QUIEN LE INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
10554301

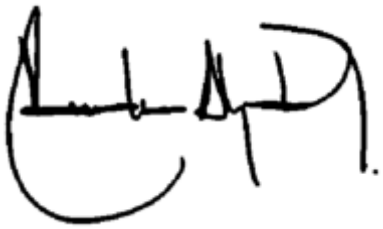
Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JULIAN DAVID ROJAS GUZMAN**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **80,198,697**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 14 días del mes de Diciembre de 2018.



_____
Gerente de Clientes

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

80198697		SEGUROS BOLIVAR	
Numero de Documento		ARL	
JULIAN	DAVID	ROJAS	GUZMAN
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
09/03/1984	PITALITO HUILA	CALLE 134 No 10A-48	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
COMPENSAR	PORVENIR	$6,500,000	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
MEDICO GENERAL			
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
klaatu@aol,es		3203410101	
Correo Electrónico		Celular	

Firma del Afliado

EDGAR URIEL JARA
Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 79762983

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119212099

WEB
10:10:02

Bogotá DC, 14 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) JULIAN DAVID ROJAS GUZMAN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80198697:

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 viernes 14 de diciembre de 2018, a las 10:10:57, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	80198697
Código de Verificación	80198697181214101057

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

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2612340

Bogotá D.C., 14 de Diciembre de 2018 - 10:08 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **OCHENTA MILLONES CIENTO NOVENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE**

80198697

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.

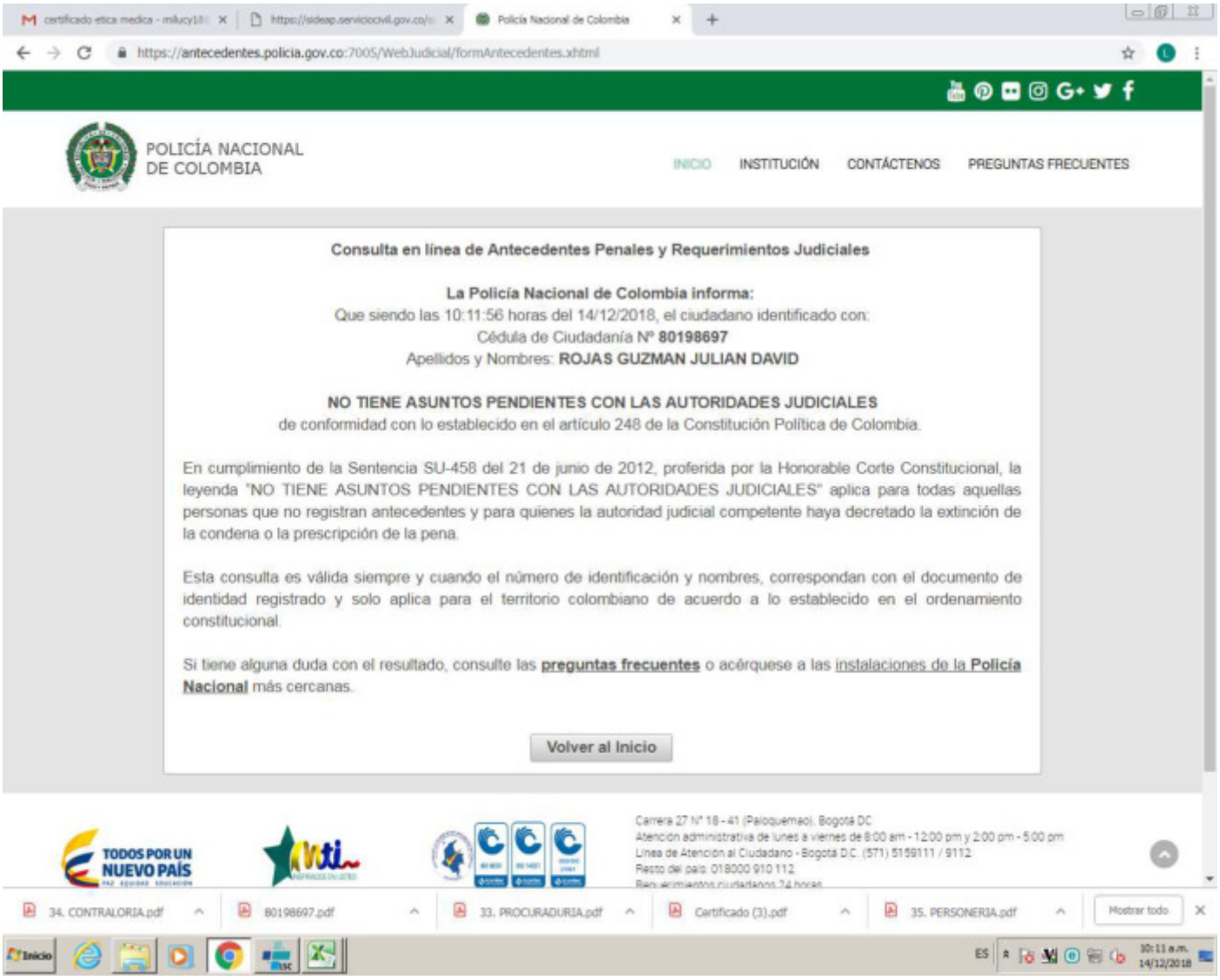
Certificado expedido sin costo alguno.

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_Y4AUE_0810
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios


certificado etica medica - milucy18
https://sideap.serviciocivil.gov.co/s
Policía Nacional de Colombia
https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml
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 10:11:56 horas del 14/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº 80198697
Apellidos y Nombres: ROJAS GUZMAN JULIAN DAVID
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.
Volver al Inicio
TODOS POR UN NUEVO PAÍS
Carrera 27 Nº 18 - 41 (Paloquemao), Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
34. CONTRALORIA.pdf
80198697.pdf
33. PROCURADURIA.pdf
Certificado (3).pdf
35. PERSONERIA.pdf
Mostrar todo
Inicio
ES
10:11 a.m.
14/12/2018

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **14/12/2018**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JULIAN DAVID ROJAS GUZMAN** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **80198697** de

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

CUENTA DE AHORRO PROGRAMADO QUE A LA FECHA SE ENCUENTRA INMOVILIZADA

N#mero	**0570008480362683**
Saldo a la fecha	**5,164,368.01 Pesos**
Fecha de apertura	**08/09/2016**

Teniendo a la fecha una antiguedad de **27** meses.

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA