Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Género	Masculino
Cargo	MEDICO GENERAL
Título	Sr.
Nombre completo	JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDOS
Nombre y apellido	JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDOS
Código del empleado	
Tipo de documento	Cédula de ciudadanía
Número de identificación	79395358
Fecha de emisión	
Expedido por	
Fecha de expiración	
Dirección	
Código postal	
Estado	
Municipio	BOGOTA
País	COLOMBIA
Correo electrónico	julioleyton1610@gmail.com
Teléfono	
Celular	3102377803
Número de fax	

Configuración

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 30-nov-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
LEYTON	BASTIDAS	JULIO WILFREDO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 79395358

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 79395358 D.M 3

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 16 MES OCT AÑO 1966

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CALLE 47 A N 28 19

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3701815

EMAIL wil_leyton07@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1984
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	12	X		SIN REGISTRAR	12	1996	381198

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		

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 30-nov-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 sur	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 7300000	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 4 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: medico general	*DEPENDENCIA*: pediatria	*DIRECCIÓN*: Carrera 20 # 47B -35 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPTAL EL TUNAL	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: No especifica	
TELÉFONOS:	*FECHA DE INGRESO*: DIA 13 MES 3 AÑO 2004	*FECHA DE RETIRO*: DIA 6 MES 1 AÑO 2014	
CARGO O CONTRATO: MEDICO HOSPITALARIO	*DEPENDENCIA*: UCI NEONATOS	*DIRECCIÓN*: CRA. 20 47 B 35 SUR	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	12	5
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	12	5

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 30-nov-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogota, 30-Noviembre 2018

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 30-nov-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 79395358 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CALLE 47 A N 28 19 **Teléfonos** 3102377803 3701815

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

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	$ 300.000.000,00
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	$ 300.000.000,00

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
DAVIVIENDA	AHORROS	001000078228	SANTA ISABEL	$ 5.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	CARRERA 30 # 48-20 APT 708	$ 250.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
banco bbva	credito hipotecario	$ 200.000.000,00
banco colpatria	libre inversion	$ 50.000.000,00

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 Sur E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 30-nov-2018

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 30-nov-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

y en su nombre

El Colegio Nacional "Nicolás Esguerra"

Autorizado por el Ministerio de Educación Nacional, según
Resolución No. 18108 del 29 de Septiembre de 1.983

Confiere a

Julio Wilfredo Leyton Bastidas

Identificado con T.I. No. 661016-05842 de BOGOTA

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, según los planes y programas vigentes.

FUTURUM ÆDIFICAMUS
COLEGIO NACIONAL NICOLÁS ESG

Rector

Dr. Carlos Vargas

Secretaria

Nelsa Salazar

Bogotá, D. E. 14 de Diciembre de 1.984

Anotado al folio 27-L Libro de Registro No. 85

Secretario de Educación

Dado en Bogotá, D. E., a 5 de Agosto 1.985

KAMAY IMPRESORES · BOGOTA

COLEGIO NACIONAL "NICOLAS ESGUERRA"

DIRECCION AVENIDA 68 No. 10-05 - TELEFONO 260 73 88
JORNADA DE LA TARDE

Inscripción S. E. 2799
DANE 111001 - 10913

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

En la ciudad de BOGOTA D. E. a los CATORCE (14) días del mes de DICIEMBRE de 1.9 84 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO NACIONAL "NICOLAS ESGUERRA" Institución aprobada hasta EL GRADO XI en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar El Título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICA según Resolución No. 18108 del 29 de Septiembre de 1.983

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

NOMBRE LEYTON BASTIDAS JULIO WILFREDO

C. C. ó T. I. No. 661016-05842 DE BOGOTA

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 8 de fecha DICIEMBRE 14 de 1.984 que consta de 42 alumnos graduados, comienza con el nombre de BALAGUERA GUIZA JOHN WILBERT y se cierra con el nombre de VALERO CORREDOR NESTOR OSVALDO, Firmada y Sellada por CARLOS VARGAS ORDOÑEZ (Rector) y NELSA SALAZAR PALACIOS (Secretario).

Dada en BOGOTA D. E. a los 14 días del mes de DICIEMBRE de 1.984

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

Rector
C. C. No. 1.437.912 de Bolivar-Cauca

Secretario
C. C No. 41.622.098 de Bogotá

Kamay 32 13 – Bogotá

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Como Notario Cuarenta y tres del circulo de Bogotá D.C. hago constar: Que ésta fotocopia coincide con su original.
21 ABR 2010
NOTARIO CUARENTA Y TRES
JUAN ENRIQUE NIÑO GUARIN
NOTARIO
BOGOTA D.C.

MINISTERIO DE SALUD
Reconócese este título para todos los efectos legales
Bogotá - 7 OCT 1998
Resolución No. 5811
MINISTRO
REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD Dirección Recursos Humanos

CONFIERE EL TITULO DE

Médico Cirujano

A

Julio Wilfredo Leyton Bastidas

C.C. No. 79.395.358 EXPEDIDA EN Bogotá D.C.

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.

EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Santafé de Bogotá D.C. Diciembre 19 DE 1996

DECANO DE LA FACULTAD

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIO GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 227 DEL LIBRO DE DIPLOMAS 54R
DE LA SEDE O FACULTAD DE Medicina
0050183

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NUMERO 8032

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE Medicina

EN SU SESION DEL DIA 28 DE Noviembre DE 1996

ACTA No. 42 CONSIDERANDO QUE :

Julio Wilfredo Leyton Bastidas

C.C. No. 79.395.358 de Bogotá D.E.

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA UNIVERSIDAD RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE :

Médico - Cirujano

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL Y DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL DECANO DE LA FACULTAD HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA CORRESPONDIENTE REGISTRADO AL FOLIO No. 227 L. 54 R

ACUERDO Nº 156 DE 1.980 - CONSEJO SUPERIOR UNIVERSITARIO

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE Stafé de Bta A LOS 19 DIAS DEL MES DE Dic. DE 1996

PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

SECRETARIO DEL CONSEJO DIRECTIVO

0050183

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

CERTIFICA QUE:

JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS

c.c. 79.395.358

Participo y aprobó el **ENTRENAMIENTO EN CUIDADO CRITICO NEONATAL**
Con una intensidad de (40) cuarenta horas
Validez (02) dos años

ANTONIO ESTRADA VIZCAINO
Médico Especialista Pediatra

CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS
Gerente Subred Integrada de Servicios Sur E.S.E.

Cra 20 No. 47B - 35 Sur
Codigo postal: 0571
Tel. 742 85 85 - 742 70 01
www.hospitaleltunal.gov.co
Info. Línea 195

ISO 9001

CERTIFIED IQNet MANAGEMENT SYSTEM

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Fundación Canguro

CERTIFICADO

Otorgado a:

JULIO W. LEYTON

Por su participación en calidad de

Médico, a la formación para la implementación de **"Unidades amigables y abiertas"** en la UCIN del Instituto Materno Infantil, Bogotá D.C., realizado del 22 al 26 de febrero de 2016, en el marco del Convenio de Asociación No 667 de 2015 entre el Ministerio de Salud y Protección Social, la Asociación Colombiana de Neonatología y la Fundación Canguro.



Nathalie Charpak
Director





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS

79.395.358

Recibió entrenamiento en Unidad Neonatal para el desarrollo del proceso de atención medica, basada en las guías y protocolos, apoyando la gestión institucional en el manejo de la calidad del servicio, participando en jornadas de educación continuada al interior de la Institución.

Para constancia se firma
en febrero de 2018

Fabiola Bautista López
Directora de Gestión del Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Gloria Libia Polanía Aguillón
Gerente (e)
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Ruth Liliana López Cruz
Referente de Servicios de Neonatología
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Bogotá D.C

Señores:

universidad nacional

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, JUAN WILFREDO LEYTON BASTIDAS 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:

medico general

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 79395358

Tarjeta profesional No: 3811-98

Dirección de contacto: Cll 47 A # 28-19

Teléfono: 3102377803

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.395.358**

LEYTON BASTIDAS

APELLIDOS

JULIO WILFREDO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-OCT-1966**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

23-NOV-1984 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00247913-M-0079395358-20100803 0023240083A 1 1070903079

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Aduanero

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14238683631

(415)7707212489984(8020) 000001423868363 1

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	7 9 3 9 5 3 5 8	1 9 8 4 1 1 2 3

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
LEYTON	BASTIDAS	JULIO	WILFREDO

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: CL 47 A 28 19 AP 202 BRR BELALCAZAR

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
wil leyton07@hotmail.com		3 7 0 1 8 1 5	3 1 0 2 3 7 7 8 0 3

CLASIFICACION

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

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 X NO

60. No. de Folios: 3

61. Fecha: 2 0 1 3 0 4 2 3

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: GABANZO BELTRAN ANGELA JOSEFA

985. Cargo: Analista III

DOCUMENTO GENERADO 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: 26-08-2016
Hora: 9:28:57 AM

CONTRIBUYENTE NIT 79395358-3 JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS

Información General

Dirección CALLE47 A N 28 19 AP 202

Teléfonos 3701815/3102377803

Dirección electrónica wil_leyton07@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 09/06/2000

Soporte Inscripción 854211

Fecha Inicio Actividades 18/12/1996

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN COMUN

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:

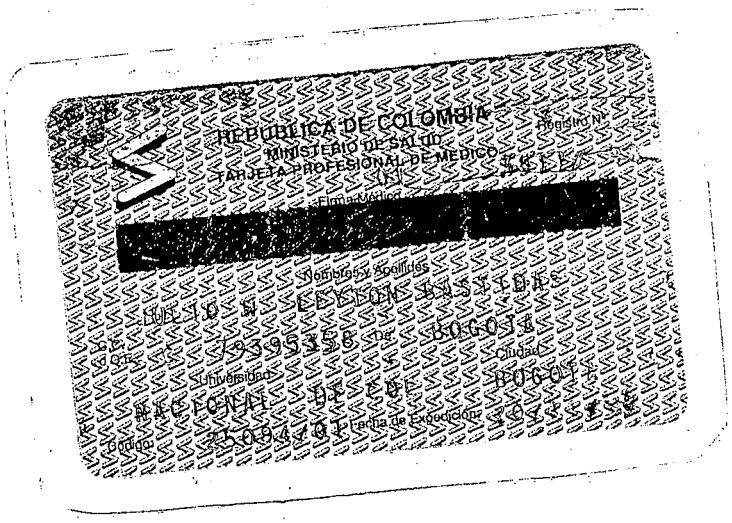
Código de Verificación de Información: 16001102812

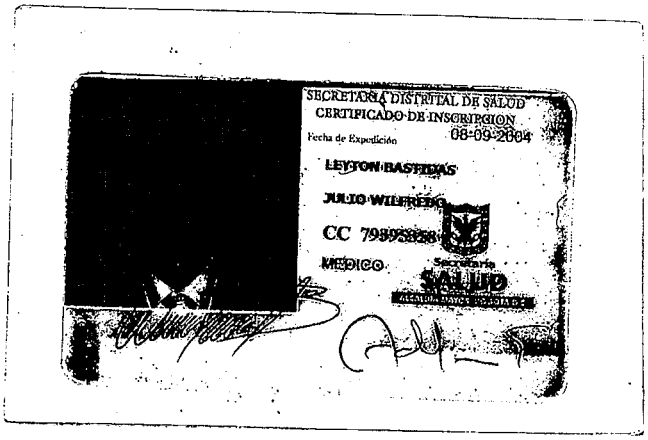
Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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


de Reservista de Segunda Clase
BACHILLER 84
03


REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO
Nombres y Apellidos
LEYTON BASTIDAS
Cédula
79395356
Ciudad
BOGOTA
Universidad
NACIONAL DE COL
Fecha de Expedición
25 09 91


SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
Fecha de Expedición
08-09-2004
LEYTON BASTIDAS
JULIO WILFREDO
CC 79395356
MEDICO
Secretaría
SALUD

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
Resolución No. 03811 (-7 OCT 1998

Por la cual se concede autorización para el ejercicio profesional

EL DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS (E)

En ejercicio de la delegación conferida por la Resolución Número 8530 de Octubre 13 de 1993 del Ministerio de Salud, según facultad otorgada por el Decreto Número 3134 de 1956, Resolución Número 02317 del 12 Junio de 1998 y

CONSIDERANDO ;

Que **JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS,** con Cédula de Ciudadanía No.79.395.358 de Bogotà,D.E., ha solicitado la autorización del ejercicio profesional como **MEDICO CIRUJANO,** según **TITULO** que le otorgó LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, Acta de Grado No. 8032 y Diploma No. 00050183 del 19 Diciembre de 1996.

Que dicho **TITULO** se encuentra debidamente registrado al folio No. 227 del libro de Diplomas No. 54-Ñ de la sede o Facultad de Médicina, por la Universidad Nacional de Colombia, en SantaFé de Bogotá,D.C.

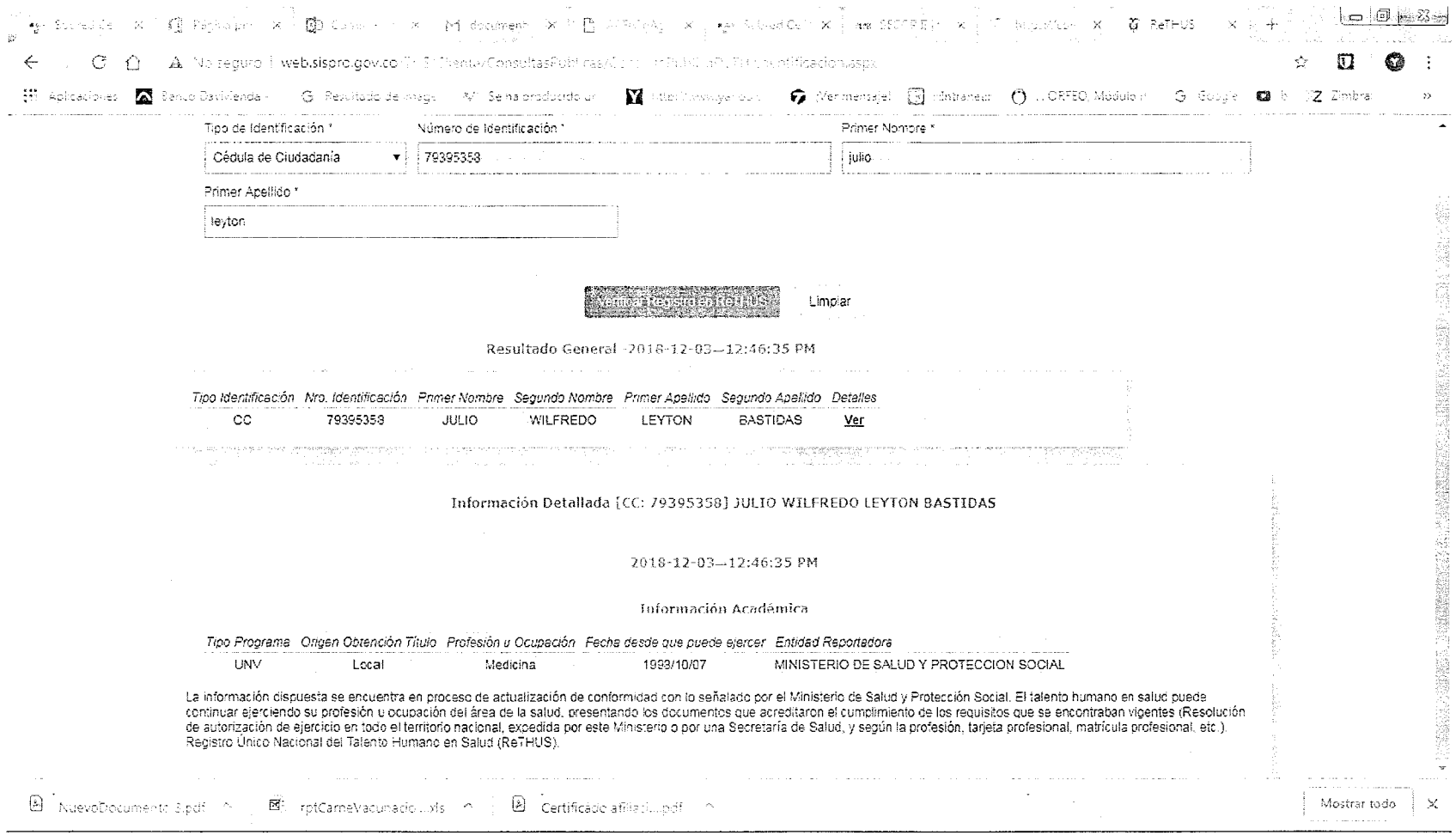
Que cumplió con el Servicio Social Obligatorio en LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, en el periodo comprendido entre el 10 Marzo de 1997 hasta el 16 Marzo de 1998, en SantaFé de Bogotá,D.C.

RESUELVE ;

ARTICULO UNICO .- Autorizar a **JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS,** Identificado con Cédula de Ciudadanía No.79.395.358 de Bogotá,D.E., para ejercer la profesión de **MEDICO CIRUJANO** dentro del territorio nacional.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE

SantaFé de Bogotá,D.C. (-7 OCT 1998



Tipo de Identificación *: Cédula de Ciudadanía
Número de Identificación *: 79395358
Primer Nombre *: julio
Primer Apellido *: leyton

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-03—12:46:35 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	79395358	JULIO	WILFREDO	LEYTON	BASTIDAS	Ver

Información Detallada [CC: 79395358] JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS

2018-12-03—12:46:35 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
UNV	Local	Medicina	1999/10/07	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Salud

Institución vacunadora: 110010793601

Fecha de generación del carné: ##########

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	79395358
Nombres y Apellidos	JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS		
Fecha de nacimiento:	16/10/1966		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis	01/10/2008	Stamaril		HOSPITAL EL TUNAL
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	23/05/2016	Engerix B Adultos	o378823	
	Segunda dosis	25/05/2016	Engerix B Adultos	o37882b	
	Tercera dosis	28/07/2016	Engerix B Adultos	o378856d	
Influenza	Única				
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única				
Td	Primera dosis	03/04/2017	Toxoide Tetánico y diftérico	ac37b177ac	CLINICA MATERNO INFANTIL EUSALUD
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **79395358,** se encuentra afiliado (a) desde **01/04/1998** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de diciembre de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

UNIDAD MEDICA MODELIA

"Experiencia y Calidad con Tecnología al Servicio de su Salud"

Dirección: Carrera 82 # 22 A 71

Teléfono : 4102145 Celular 3164740813

CERTIFICACION MEDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 26/7/2016

HORA : _____

Nombre: Julio Wilfredo Leyton

Fecha de Nacimiento: 16/10/66 Edad 49 Sexo M V F Estado Civil Soltero

CC: 79395758

El suscrito médico certifica que Julio Leyton con CC 79395758

Se encuentra apto/a para desempeñar el cargo Medico en el área de Hospitalario

El cual aspira en la empresa _____

Nombre del Medico: Lelis Antonio Sanchez Diaz

Firma

Sello

Lelis Antonio Sánchez
SALUD OCUPACIONAL
CC 79331747
RM 6784 LIC 1204

Nombre del aspirante: Julio W. Leyton B

Firma del aspirante:

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:

JULIO W. LEYTON

C.C.: 79395358

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

Mártha 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

REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE:

CENTRO SUPERIOR ESAT

"EDUCACIÓN, SALUD, ADMINSTRACIÓN Y TURISMO"

NIT. 900820764-1

EDUCACION INFORMAL

DECRETO 4904/2009 CAPITULO V No. 5.8

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ESAT
Educación Salud Administración Turismo

CERTIFICA QUE:

JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS

CC.No 79.395.358 de Bogota

ASISTIÓ Y PARTICIPÓ EN EL CURSO TEORICO-PRÁCTICO

SOPORTE VITAL AVANZADO NEONATAL "NALS"

CON UNA INTENSIDAD DE 50 HORAS

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

REPRESENTANTE LEGAL

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

COORDINADOR ACADÉMICO

Bogota D.C 19 de junio del 2018
VIGENCIA(2)AÑOS

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

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

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

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

FECHA: 12/12/2018 CIUDAD: Bogota DEPARTAMENTO: Cundinamarca

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:
Leyton	Bastidas	Julio	Wilfredo

TIPO DE IDENTIFICACION:				No. IDENTIFICACION:	LUGAR EXPEDICION: (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION: (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C ☐	NUIP ☐	79 395358		
PASAPORTE ☐	OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ ☐			

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO: (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO:	NACIONALIDAD:
	Bogota	Colombia	Colombiano

ESTADO CIVIL:				PERSONA A CARGO:	NUMERO DE HIJOS:	TELEFONO CELULAR:
SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☒	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	0	0	3102377803

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA:
Calle 47A # 28-19	Bogota	Cundinamarca	Colombia	Colombiana

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET:	TIPO DE VIVIENDA:		
wil-leyton07@hotmail.com	—	PROPIA ☒	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:
—	—	—	—

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

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA

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

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

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

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred Centro Oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	SERVICIOS ☒ SALUD ☐	# NIT 900959051-7

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

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 4 # 5-43	3444484	Bogota	Cundinamarca	Colombia

CARGO ACTUAL	FECHA VINCULACION
Medico General	1-Agosto 2006

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	7.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	200.000.000
HONORARIOS	22.000.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	3.600.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	?
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	315.000.000	DEUDAS TERCEROS	10.000.000
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	10.000.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	45.000.000
TOTAL INGRESOS	22.000.000	TOTAL EGRESOS	17.000.000	TOTAL ACTIVOS	315.000.000	TOTAL PASIVOS	260.000.000

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, debe ser conocido y localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Gomez	Cardenas	Yolicy	

DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
Cra 77 Bis # 68-56 Sur	Bogota	Amiga	3124505409

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS EXTRANJERA ☐ CUAL: —

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Medico General

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 lícitas
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS:

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

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no 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 comerciais, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

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

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre 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

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

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

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA			
1. Fecha:		2. Ciudad:	
3. Nombre del funcionario o Asesor:			
4. Lugar de la Entrevista:			
5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
7. Firma y Cedula:			

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 cedula:	

DIAN

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

PRIVADA

210

1. Año: 2017

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2113614411629

(415)7707212489984(8020) 000211361441162 9

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
7 9 3 9 5 3 5 8	3	LEYTON	BASTIDAS	JULIO	WILFREDO	3 2

24. Actividad económica: 8 6 2 1 | 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	559,981,000
Deudas	30	628,262,000
Total patrimonio líquido	**31**	0

Rentas de trabajo

Ingresos brutos por rentas de trabajo (art 103 E.T.)	32	282,099,000
Ingresos no constitutivos de renta	33	29,324,000
Renta líquida	**34**	252,775,000
Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables	35	101,110,000
Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables (limitadas)	36	101,110,000
Renta líquida cedular de trabajo	**37**	151,665,000

Renta de pensiones

Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	38	0
Ingresos no constitutivos de renta	39	0
Renta líquida	**40**	0
Rentas exentas de pensiones	41	0
Renta líquida cedular de pensiones	**42**	0

Rentas de capital

Ingresos brutos rentas de capital	43	0
Ingresos no constitutivos de renta	44	0
Costos y gastos procedentes	45	0
Renta líquida	**46**	0
Rentas líquidas pasivas de capital -- ECE	47	0
Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas de capital	48	0
Rentas exentas de capital y deducciones imputables (limitadas)	**49**	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio	**50**	0
Pérdida líquida del ejercicio	**51**	0
Compensación por pérdidas de ejercicios anteriores	52	0
Renta líquida 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 líquida	**58**	0
Rentas pasivas no laborales – ECE	59	0
Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas no laborales	60	0
Rentas exentas no laborales y deducciones imputables (limitadas)	**61**	0
Renta líquida ordinaria del ejercicio	**62**	0
Pérdida líquida del ejercicio	**63**	0
Compensaciones	64	0
Rentas líquidas gravables no laborales	65	0
Renta líquida cedular no laboral	**66**	0

Renta por dividendos y participaciones

Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	67	0
Ingresos no constitutivos de renta	68	0
Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	**69**	0
1a. Subcédula año 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	70	0
2a. Subcédula año 2017 y siguientes Parágrafo 2 art. 49 del E.T.	71	0
Renta líquida pasiva dividendos - ECE y/o recibidos del exterior	72	0
Rentas exentas de la casilla 72	73	0
Rentas líquidas gravables de dividendos y participaciones	**74**	0

Renta

Total rentas líquidas cedulares	**75**	151,665,000
Renta presuntiva	76	5,019,000

Ganancia Ocasional

Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior	77	65,833,000
Costos por ganancias ocasionales	78	65,833,000
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	79	0
Ganancias ocasionales gravables	**80**	0

Liquidación privada

Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	De trabajo y de pensiones	81	32,049,000
	De capital y no laborales	82	0
	Por dividendos y participaciones año 2016 -- casilla 69	83	0
	Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 1a. Subcédula	84	0
	Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a. Subcédula, y otros	85	0
	Total Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	**86**	32,049,000
	Impuesto sobre la renta presuntiva	**87**	0
	Total impuesto sobre la renta líquida	**88**	32,049,000
Descuentos	Impuestos pagados en el exterior	89	0
	Donaciones	90	0
	Otros	91	0
	Total descuentos tributarios	**92**	0
	Impuesto neto de renta	**93**	32,049,000
	Impuesto de ganancias ocasionales	94	0
	Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	95	0
	Total impuesto a cargo	**96**	32,049,000
	Anticipo renta liquidado año gravable anterior	97	926,000
	Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	98	0
	Retenciones año gravable a declarar	99	20,316,000
	Anticipo renta para el año gravable siguiente	100	3,721,000
	Saldo a pagar por impuesto	**101**	14,528,000
	Sanciones	102	0
	Total saldo a pagar	**103**	14,528,000
	Total saldo a favor	**104**	0

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

980. Pago total $: 0

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

2 0 1 8 ... 3

2018-09-07 / 02:55:23 PM

Fecha Acuse de Recibo

996. Espacio para el número interno de la DIAN (Uso...)

983. No. Tarjeta profesional

91000553629971

2 0 1 8 2 4 8 0 2 4 9 3 8 5

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79395358
NOMBRES Y APELLIDOS	Leyton Bastidas,Julio Wilfredo
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	07/02/2007
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Leyton Bastidas,Julio Wilfredo, a los 03 días del mes de diciembre del año 2018.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **79395358,** se encuentra afiliado (a) desde **01/04/1998** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE.*

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de diciembre de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

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

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

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

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

79395358	SURA
Numero de Documento	ARL

JAIRO	WILFREDO	LEYTON	BASTIDAS
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

16-OCT-1966	BOGOTA	CLL 47A # 28-19	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

SANITAS	COLPENSIONES	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

MEDICO	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

WIL-LEYTON07@HOTMAIL.COM	3102377803
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 102131290

WEB
10:56:04

Bogotá DC, 24 de noviembre del 2017

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) JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79395358:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 24 de noviembre de 2017, a las 10:57:31, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	C.C.
No. Identificación	79.395.358
Código de Verificación	899677692017

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado.

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO

Digitó y Revisó: Vía Web

JMMC

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2570477

Bogotá D.C., 30 de Noviembre de 2018 - 9:41 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., el señor(a) **JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **SETENTA Y NUEVE MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y OCHO** de BOGOTA

79395358

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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 118606729

WEB
09:38:01
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 30 de noviembre 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) JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79395358:

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 30 de noviembre de 2018, a las 09:39:55, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	79395358
Código de Verificación	79395358181130093955

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

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

Soraya Vargas P.
SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:47:48 horas del 30/11/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **79395358**
Apellidos y Nombres: **LEYTON BASTIDAS JULIO WILFREDO**

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.

Siguenos en >

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que a la fecha, 24/11/2017 a las 11:21:33 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº 79395358 y Nombres: LEYTON BASTIDAS JULIO WILFREDO
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de acuerdo con el art. 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

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

Volver al Inicio

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

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

Todos los derechos reservados 2011.

CERTIFICADO

06/12/2017

BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
SUBRED CENTRO

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **JULIO WILFREDO LEYTON BASTIDAS** con **Cédula de Ciudadanía** número **79395358**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**05500010000078228**
Fecha de apertura	**03/10/2006**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA