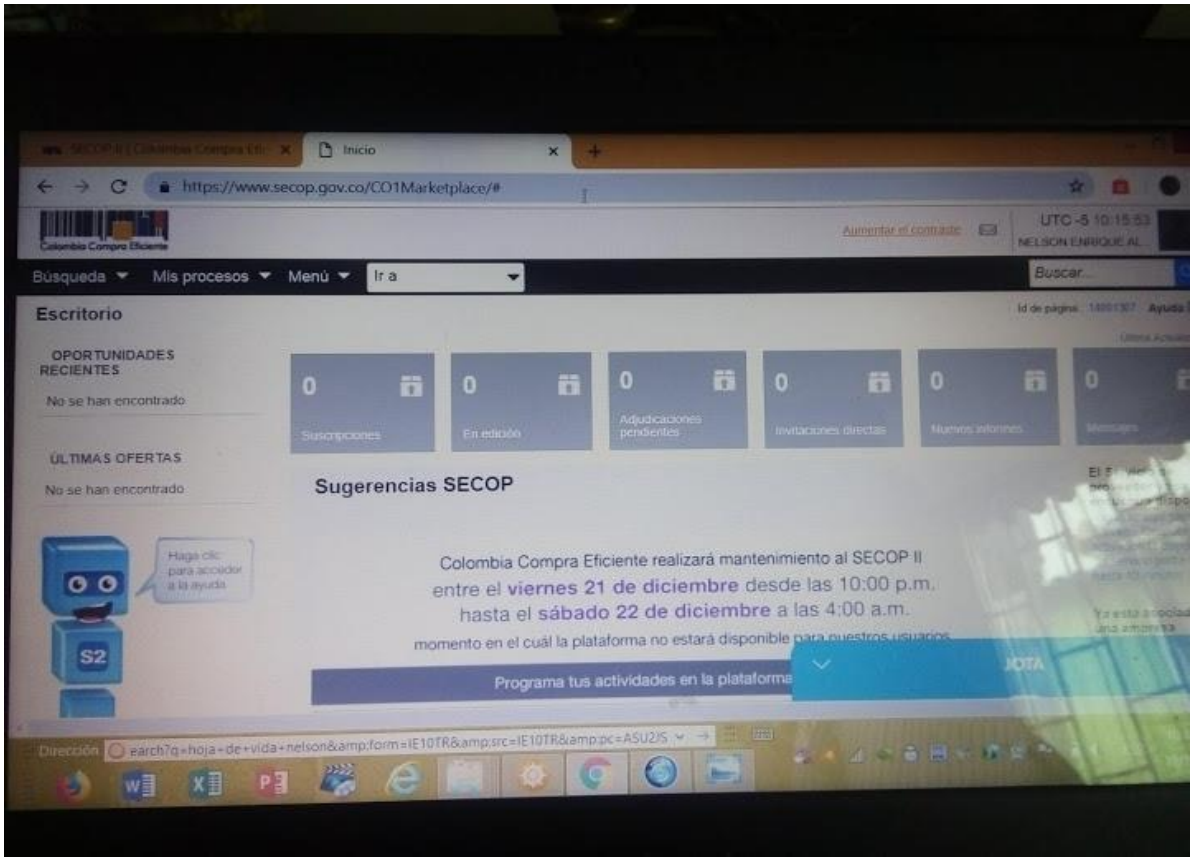

Inicio
https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/#
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 10:15:53
NELSON ENRIQUE AL...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio
Id de página: 1400307
Ayuda
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
0
Suscripciones
0
En edición
0
Adjudicaciones pendientes
0
Invitaciones directas
0
Nuevos informes
0
Mensajes
Sugerencias SECOP
Haga clic para acceder a la ayuda
S2
Colombia Compra Eficiente realizará mantenimiento al SECOP II
entre el viernes 21 de diciembre desde las 10:00 p.m.
hasta el sábado 22 de diciembre a las 4:00 a.m.
momento en el cuál la plataforma no estará disponible para nuestros usuarios
Programa tus actividades en la plataforma
JOTA
Dirección
earch?q=hoja+de+vida+nelson&form=IE10TR&src=IE10TR&pc=ASU2/S

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 19-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
ALONSO	FLOREZ	NELSON ENRIQUE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80012061

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 80012061 D.M 51

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 2 MES MAY AÑO 1980

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CARRERA 119 A NUEMRO 17 F 16

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 81111675

EMAIL nealonso360@yahoo.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1998
										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	8	X		ENFERMERO (A)	2	2011	32976

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 19-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 DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: contratacionvictoria@subredcentrooriente.gov.	
TELÉFONOS: 3725610	*FECHA DE INGRESO*: DIA 18 MES 4 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: enfermero	*DEPENDENCIA*: unidad cuidado intensivo	*DIRECCIÓN*: diagonal 34 numero 5 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITA LA VICTORIA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3725610	*FECHA DE INGRESO*: DIA 22 MES 9 AÑO 2012	*FECHA DE RETIRO*: DIA 17 MES 4 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERO	*DEPENDENCIA*: UNIDAD CUIDADO INTENSIVO	*DIRECCIÓN*: Diagonal 39 sur 3 20 Este	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITA LA VICTORIA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 3725610	*FECHA DE INGRESO*: DIA 22 MES 9 AÑO 2012	*FECHA DE RETIRO*: DIA 28 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERO	*DEPENDENCIA*: UNIDAD CUIDADO INTENSIVO	*DIRECCIÓN*: Diagonal 39 sur 3 20 Este	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 19-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL LA VICTORIA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: dmora1@esevictoria.gov.co	
TELÉFONOS: 3725610	*FECHA DE INGRESO*: DIA 12 MES 9 AÑO 2012	*FECHA DE RETIRO*: DIA 10 MES 2 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: enfermero	*DEPENDENCIA*: unidad de cuidado intensivo	*DIRECCIÓN*: diag 39 sur numero 3 20 este	

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	6	3
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	3

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

20-12-2018.

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 19-dic-2018

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 Centro Oriente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 26-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, NELSON ENRIQUE ALONSO FLOREZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 80012061 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CARRERA 119 A NUEMRO 17 F 16 **Teléfonos** 3213423154 81111675

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JULIANA ALONSO	1019988552	HIJO(A)
SOFIA ALONSO	1014662807	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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 35.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 35.000.000,00

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	600008300389662	BOGOTA	$ 100.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
CARRO	VEICULO PARTICULAR	$ 37.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 19-dic-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 C.C ○ C.E ○ T.I. ○	NÚMERO DOCUMENTO

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. 19-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

y en su nombre el

Colegio Departamental - Fontibón

Jornada Nocturna

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional, según
Resolución Nº 17296 del 24 de Noviembre de 1986

Confiere a:

Nelson Enrique Alonso Flórez

Identificado (a) con la CC No. 80.012.061 Expedida en Bogota

el Título de

Bachiller Académico

Obtuvo los logros que establece la ley 115 de 1994 y Decreto reglamentario 18-60
de 1994 correspondientes al grado Once (11) de Educación Media Académica

Rector (a) Secretario(a)

COLEGIO DEPARTAMENTAL
INTEGRADO FONTIBON

Anotado en el Libro del Colegio Nº 01 Folio Nº 19

Nota: No se Requiere Registro Según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994
Expedido por el Ministerio de Educación Nacional.

Dado en Fontibón, a 9 de Diciembre de 1.998

República de Colombia

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

teniendo en cuenta que:

Nelson Enrique Alonso Flórez

C.C. No. 80.012.061 de Santafé de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios programados por la Fundación y cumplió los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos, le confiere el título de :

Enfermero

En testimonio de lo expuesto se expide el presente diploma que así lo acredita.

Bogotá, D.C. 4 de febrero de 2011

SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA
Reconózcase este Título para todas los efectos legales:
Resolución No. 1738
Ciudad 05 SEP 2012
FIRMA
Secretaria

Rector

Secretario General

Director

Tomo 5 *Folio 185* *Registro 25389* *Fecha : 4 de febrero de 2011*

COLEGIO DEPARTAMENTAL - FONTIBON
JORNADA NOCTURNA
Carrera 106 No. 25-77 - Teléfonos: 267 14 63 - 267 61 39

Aprobación Oficial No. 17296 - Noviembre 24 de 1986
Inscripción Secretaría de Educación del Distrito No. 3241 Identificación ante el DANE No. 1112.7900967
NIT. 899.999.277-2

SECRETARIA

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de Santafé de Bogotá D.C., a los nueve (9) días del mes de DICIEMBRE del año 1996 se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado los señores Rector y Secretario en la Rectoría del COLEGIO DEPARTAMENTAL DE FONTIBON, institución aprobada [illegible] en el Nivel de Educación Media Vocacional y autorizado por EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad ACADEMICO, según resolución N° 17296 DE NOVIEMBRE 24 DE 1986.

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 procede a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO, al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

NOMBRE: NELSON ENRIQUE ALONSO FLOREZ

C.C. ó T.I. N° [illegible] de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta original general N° 003 de fecha DICIEMBRE 9 DE 1996 que consta de [illegible] alumnos graduandos, que comienza con el nombre de MARTHA CECILIA [illegible] PEREZ y se cierra con el nombre de ROSA YAMILE ZAPATA [illegible].

Firmada y sellada por VICTOR MANUEL DAZA GONZALEZ (Rector) GERMAN ROMERO [illegible] (Secretario)

Dado en Santafé de Bogotá D.C., a los nueve (9) días del mes de Diciembre de 1996

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el artículo [illegible] del Decreto [illegible]

COLEGIO DEPARTAMENTAL INTEGRADO DE FONTIBON

VICTOR MANUEL DAZA GONZALEZ
Rector
C.C. N° [illegible] de [illegible]
Firmado y Sellado
COLEGIO DEPARTAMENTAL [illegible] Jornada Nocturna

GERMAN ROMERO PEREZ
Secretario
C.C. N° 19.106.772 de [illegible]
SECRETARIO PAGADOR
Firmado y Sellado

FUNDACION UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA
Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

ACTA DE GRADO 513

En Bogotá D.C., el 4 de febrero de 2011, a las 16:00 horas convocados por Resolución 001 del 27 de enero del citado año, se reunieron el Rector doctor Fernando Laverde Morales, la Decana del Programa de Enfermería, doctora María Liliana Buenahora Tobar y la Secretaria General de la Fundación, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **NELSON ENRIQUE ALONSO FLOREZ** con cédula de ciudadanía número 80012061 de Santafé de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos haciéndose merecedor a recibir el título de **ENFERMERO**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior mediante Acuerdo No. 013 de julio 26 de 1995. Previa entrega de los diplomas, se tomó el juramento de rigor al graduando quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera, de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de Registro de títulos Tomo 5, Folio 185, número 25389.

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector
MARÍA LILIANA BUENAHORA TOBAR, Decana del Programa de Enfermería
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General.

Dada en Bogotá D.C., el 4 de febrero de 2011.

INFORTEC

Instituto de Formación e Investigación Técnica

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN

PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

RESOLUCIONES No. 4998 DICIEMBRE 27/89, 12-0216 DE OCTUBRE 26/2010 Y 817
MARZO 15/2011 de la SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE BOGOTÁ, D.C.
ACUERDOS No. 236 JULIO 24/2009 y 0472 DICIEMBRE 24/2010 del MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICA LA PARTICIPACIÓN Y APROBACIÓN DEL DIPLOMADO EN:

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

UCI

A:

NELSON ENRIQUE ALONSO FLOREZ

IDENTIFICADO CON

C.C. No. 80.012.061 DE BOGOTÁ D.C.

CON UNA INTENSIDAD DE 120 HORAS

DIRECTOR

Dado en Bogotá, D.C. a los 04 días del mes de FEBRERO de 2016

Bogotá D.C

Señores:

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Nelson Enrique Alonso Florez 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.

ENFERMERO PROFESIONAL

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 80012061

Tarjeta profesional No: 32976

Dirección de contacto: Km 119 A # 17 F 16

Teléfono: 3213423154

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80012061**

ALONSO FLOREZ
APELLIDOS

NELSON ENRIQUE
NOMBRES

NELSON ALONSO

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAY-1980**
SANTAFE DE BOGOTA DC
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

16-JUL-1998 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500109-45082351-M-0080012061-20000817 02307 00230A 01 090088390

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14381158928

(415)7707212489984(8020) 000001438115892 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 0 1 2 0 6 1	2	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 0 1 2 0 6 1	1 9 9 8 0 7 1 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
ALONSO	FLOREZ	NELSON	ENRIQUE

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
CARR 119 A 17 F 16

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
nealonso360@yahoo.com		4 2 1 2 6 2 0	3 2 1 3 4 2 3 1 5 4

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 9 2	2 0 1 2 1 0 0 2						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 6 0 7 0 9

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 ALONSO FLOREZ NELSON ENRIQUE
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.
SECRETARIA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 23-11-2017
Hora: 4:28:39 PM

CONTRIBUYENTE NIT 80012061-2 NELSON ENRIQUE ALONSO FLOREZ

Información General

Dirección KR 119 A 17 F 16

Teléfonos 4212620/3213423154
Dirección electrónica NEALONSO360@YAHOO.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 24/03/2015
Soporte Inscripción 16557784
Fecha Inicio Actividades 02/10/2012
Fecha Cese Actividades
Fecha de Informe del Cese
 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL
Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y 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
Actividad 2: -
Actividad 3: -
Actividad 4: -
Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002426513

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.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase



NÚMERO 80012061

APELLIDOS Y NOMBRES

ALONSO FLOREZ

NELSON ENRIQUE

PERTENECE AL DISTRITO DE:

1ª LÍNEA 31 - DIC	2ª LÍNEA 31 - DIC	3ª LÍNEA 31 - DIC
2010	2020	2030

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP.: 03-JUL-2009

CDTE. DE DISTRITO

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia A N E C

Nelson Alonso.

Firma Registrada(o)



NOMBRES NELSON ENRIQUE

APELLIDOS ALONSO FLOREZ

C.C. 80.012.061 BOGOTA

UNIVERSIDAD FUND. UNIV. DEL AREA ANDINA

RUN No. 32976

Fecha de Expedición 09/OCT/2012

GOBERNACIÓN DE BOYACÁ	FORMATO	VERSIÓN: 0 CÓDIGO: SS-P12-F01
	RESOLUCIÓN DE REGISTRO Y AUTORIZACIÓN	FECHA: 01/07/2009

RESOLUCIÓN NUMERO 1738 **DE** 05 SEP. 2012

Por la cual se registra un Titulo y se confiere una autorizaciòn.

El Secretario de Salud de Boyacà en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las conferidas en el Decreto 1875 de 1994, Decreto 1352 de 2000, y

CONSIDERANDO:

Que NELSON ENRIQUE ALONSO FLOREZ , identificado con Cèdula de Ciudadanìa Número 80.012.061 expedida en Santafe de Bogotà D.C., ha solicitado el registro de su titulo como ENFERMERO que le otorgó LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA de la ciudad de Bogotà el dìa 4 de Febrero de 2011 .

Que dicho título se encuentra registrado en LA FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA , Libro de Registro N°5 , Folio N°185 , Registro No 25389 , Diploma N°xxxxx .

Que se aportaron los documentos exigidos dentro del Artículo 3 del Decreto No. 1875 de 1994 los cuales se encuentran conforme a la Ley por lo que es viable expedir el acto administrativo de registro y autorización para ejercer la profesión en el territorio Nacional.

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Registrar el Titulo y autorizar el ejercicio de la profesiòn de ENFERMERO a NELSON ENRIQUE ALONSO FLOREZ con Cèdula de Ciudadanìa Número 80.012.061 expedida en Santafe de Bogotà D.C. en el Territorio Nacional.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geogràfica diferente al departamento de Boyacà el autorizado deberà inscribir su nombre en la Secretaria de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la Ley.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente Resolución proceden los recursos de reposición y apelación contemplados en el Decreto No.01 de 1984.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE:

Dada en Tunja a los, 05 SEP 2012

GUILLERMO ORJUELA ROBAYO
Secretario

Diseño:: Erika G.Rosas S.
Elaboro: Rosa Maria Mesa

RETHUS

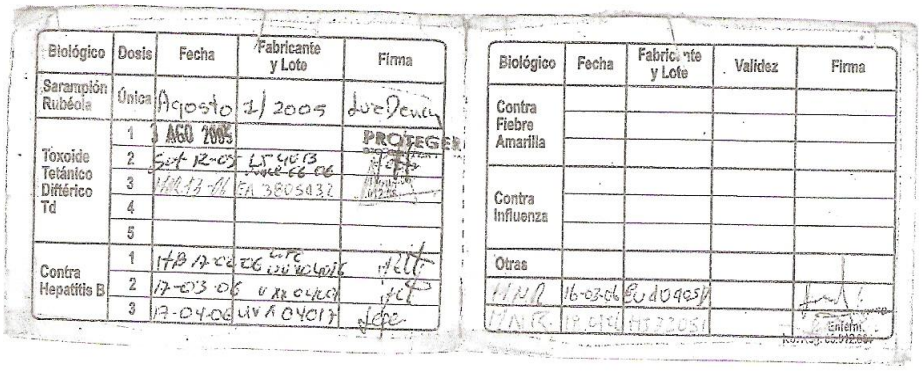
Resultado General -2018-12-27→8:24:29 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	80012061	NELSON	ENRIQUE	ALONSO	FLOREZ	**Ver**

Información Detallada [CC: 80012061] NELSON ENRIQUE ALONSO FLOREZ 2018-12-27→8:24:29 AMInformación Académica

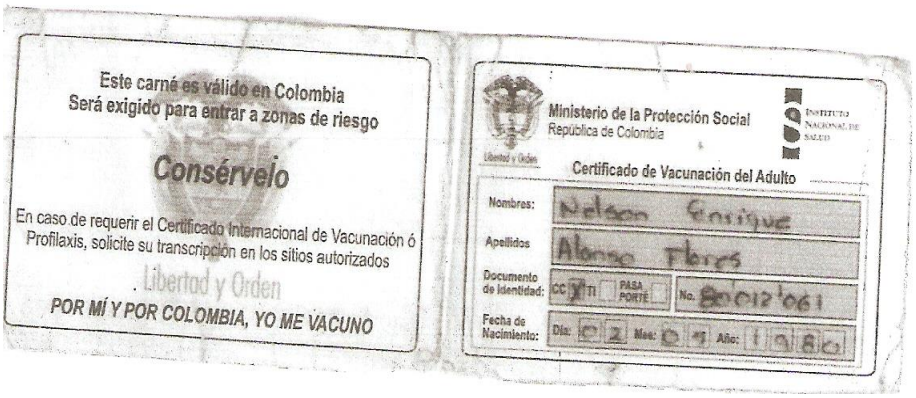
Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2003/1/03	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
UNV	Local	Enfermería	2012/9/05	GOBERNACION DE BOYACA

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



Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	Agosto 2/2005		
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	3 AGO 2005		PROTEGER
	2	Sept 12-05	LT 4013	
	3	11/11/13-11	EA 3805432	
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	17-02-06	LOT UVA 04017	
	2	17-03-06	UVA 04017	
	3	17-04-06	UVA 04017	

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				
H1N1	16-03-06	EU 040951		Enferm.
H1N1	12-09	HB 220511		



Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Nelson Enrique
Apellidos	Alonso Flores
Documento de Identidad:	CC X TI PASA PORTE No. 80012061
Fecha de Nacimiento:	Día: 02 Mes: 01 Año: 1980

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.
LABORATORIO CLINICO

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C

8288453

Orden No:	**8288453**	Fecha de ingreso:	28-Aug-2018 8:15 am
Paciente:	**ALONSO FLORES NELSON ENRIQUE**	Fecha de impresion:	01/10/2018
Documento Id:	CC 80012061	Edad:	38 Años 3 meses 26 dias Sexo M
E.P.S:	HOS-USAQUEN	Telefono:	3213423154
Sede:	ORQUIDEA	Cama:	
Servicio:	CONSULTA EXTERNA.	Procedencia:	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

ANEXOS

LABORATORIO CLINICO MEDICO COLCAN
ANDRADE MARVEZ

90304539

Nombre.	**ALONSO FLORES NELSON ENRIQUE**	Fecha de recepcion:	03-sep-2018 5:19 pm
Identificacion	CC 80012061 Tel.	Fecha de impresion:	19-sep-2018 2:15 pm
Edad	38 Años 0 Meses 0 Dias Sexo M	Empresa	ANALISIS TECNICOS LTDA
Medico	MEDICOS VARIOS	Sede	REFERENCIA
No. Ordenamiento	8288453	Fecha Validacion	04-sep-2018 5:44:00a.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 Reactivo: Menor de 9 mUI/ml			
Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml			
Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml			

INGBID JOHANNA DIAZ M
C.C. 1026.279.827
BACTERIOLOGA

INGBID JOHANNA DIAZ M
C.C. 1026.279.827
BACTERIOLOGA

Evolucionamos como la vida

NIT. 860.066.801-3
Sede Principal Calle 49 No. 13-60 • PBX: 744 7555 Ext. 2318 - 2319 • Fax: 744 7555 Ext. 2325 - 2326
Sede Norte: Calle 161 No. 16-41 • Tel: 214 2604 • Fax: 214 2124
Sede Centro: Calle 11 No. 9A-06 Cons. 204 • Tels: 282 2810 • 282 2747 • Fax: 282 2810
Calle 85 No. 12-15 • Tel: 236 3760 • Fax: 257 2012

HACE CONSTAR QUE:

El enfermero **NELSON ENRIQUE ALONSO FLÓREZ** identificado con la cédula de ciudadanía número 80.012.061, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los diecisiete (17) días del mes de diciembre del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

GÓMEZ ASOCIADOS
SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

Calle 95 Nº 45A-18 La Castellana
Tel: (1) 257 2311 - 257 2315
Fax: 616 5051 Bogotá, D.C.
www.gomezasociadosltda.com

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad Bogota. Fecha 17/11/2016

Nombre Alonso Florez nelson Enrique.

Identificación 80012061

Fecha de nacimiento 2/Mayo/1980. Edad 36

Cargo Enfermero

Género MASCULINO X FEMENINO ___

Empresa Unidad victoria

Empresa usuaria ___

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO X PERIODICO ___ EGRESO ___ OTRO ___

CONCEPTO

EX. INGRESO APTO X APTO APLAZADO ___ APTO CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ___

EXAMEN PERIÓDICO SIN RESTRICCIONES ___ CON RESTRICCIONES ___

EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO ___ NO SATISFACTORIO ___

ESTADO INTEGRAL DE SALUD

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Examen Medico Satisfactorio

VISIOMETRÍA ___

AUDIOMETRÍA ___

ESPIROMETRIA ___

EXAMENES PARACLÍNICOS ___

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES higiene postural pausas activas / tabla ejercicios de estiramiento y aumento de peso

Médico

Dr. Camilo Rey Pérez
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
R.M. 14858

Nombre, firma y sello del médico

Registro médico 117388

Tarjeta de S.O. 4858

Paciente

NELSON ENRIQUE ALONSO F.
C.C. 80.012.061
ENFERMERO

Firma del paciente

Nombre Nelson Alonso F.

Cedula 80.012061

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:

NELSON ENRIQUE ALONSO FLOREZ

C.C.: 80012061

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

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE :

NELSON ENRIQUE ALONSO FLOREZ

c.c. :80.012.061

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION**, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá, a los 07 días del mes de Noviembre de 2018.
Validez 2 años.

Paola M. Vieda
Directora

PARA EVITAR FALSIFICACIONES , SOLICITAMOS A SU INSTITUCION SE VERFIQUE LA AUTENTICIDAD DE EL SIGUIENTE CERTIFICADO. PARA ESTO comuníquese al:
TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
inscripciones@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

David Londoño
Sub Dirección Académica

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) NELSON ENRIQUE ALONSO FLOREZ identificado con CC 80012061 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios:	**27/08/2004**
IPS Cotizante:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO FONTIBON**
Categoría:	**C**
Estado:	**ACTIVO**

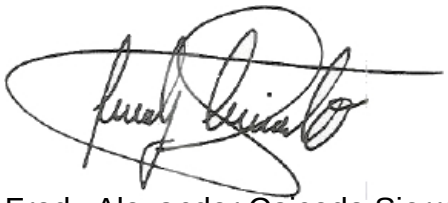
La presente solicitud se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá **QUIEN INTERESE** , a los 19 días del mes de diciembre del año 2018 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **NELSON ENRIQUE ALONSO FLOREZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **80012061,** se encuentra afiliado (a) desde **01/10/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/10/2018	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 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.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

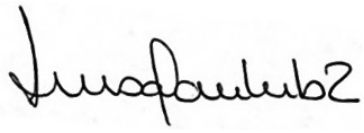
CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos del ramo ARL de la compañía, se identificó que NELSON ENRIQUE ALONSO FLOREZ, con Cédula de Ciudadanía No. 80.012.061, contratista de la empresa SUB-RED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE, con NIT No. 900959051, tiene un registro como INDEPENDIENTE 723 desde el 01/12/2016 y fecha fin de contrato 31/12/2018 con riesgo 3 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de Diciembre de 2018.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119464099

WEB
13:05:38

Bogotá DC, 19 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) NELSON ENRIQUE ALONSO FLOREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80012061:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 19 de diciembre de 2018, a las 13:08:02, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	80012061
Código de Verificación	800120611812191308O2

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

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2624243

Bogotá D.C., 19 de Diciembre de 2018 - 13:12 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **NELSON ENRIQUE ALONSO FLÓREZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **OCHENTA MILLONES DOCE MIL SESENTA Y UN** de BOGOTÁ, D.C.

80012061

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_3G34M_1113
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 13:15:25 horas del 19/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80012061**
Apellidos y Nombres: **ALONSO FLOREZ NELSON ENRIQUE**

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

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **19/12/2018**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor NELSON ENRIQUE ALONSO FLOREZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **80012061**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570008380410111**
Fecha de apertura	**15/01/2013**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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: 20-12-2018 | CIUDAD: Bogota | DEPARTAMENTO: Cundinamarca

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Alonso	Florez	Nelson	Enrique

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	80012061	Bogota	16-Junio-1998

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐ NO ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
2-5-1980	Bogotá	Colombia	Colombiano

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☒ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	3	2	3213423154

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Kra 119 A #17F16	Bogota	Cundinamarca	Colombia	3213423154

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
		PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐
nealonso3606@yahoo.com				

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐			

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	DECLARA RENTA		IVA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI ☒ NO ☐		SI ☐	NO ☒	9602	
			ICA: SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

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

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 ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☐ SALUD ☒ | #NIT: 900959097

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dia 39 #5-45	3444484	Bogota	Cundinamarca	Colombia

CARGO ACTUAL	FECHA VINCULACION
Enfermero	18-4-17

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	—	GASTOS FAMILIARES	2.000.000	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
HONORARIOS	2.808.000	ARRIENDOS	—	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	—
ARRIENDOS	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS	30.000.000	DEUDA VEHICULOS	—
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	—
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	—	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
TOTAL INGRESOS	2.808.000	TOTAL EGRESOS	2.000.000	TOTAL ACTIVOS	30.000.000	TOTAL PASIVOS	0.
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
MARTINEZ	ORREGO	GLADYS	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CRA 15 A BIS A Este 18-65 Sur	Bogotá	Colega	3138495713

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	Cuenta Ahorros	008380410117	Restrepo	3300000

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:

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.):

ENFERMERO ASISTENCIAL

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los 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 disposicion, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevenciòn, deteccièn, 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 comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío 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, 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, asi 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 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 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 onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Nelson Alonso

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

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

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

PRIVADA

210

1. Año: 2017

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2113608654311

(415)7707212489984(8020) 0002113608654311

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
8 0 0 1 2 0 6 1	2	ALONSO	FLOREZ	NELSON	ENRIQUE	3 2

24. Actividad económica: 8692 | 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	79,841,000
	Deudas	30	9,856,000
	Total patrimonio líquido	31	69,985,000
Rentas de trabajo	Ingresos brutos por rentas de trabajo (art 103 E.T.)	32	78,340,000
	Ingresos no constitutivos de renta	33	28,541,000
	Renta líquida	34	49,799,000
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables	35	0
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables (limitadas)	36	0
	Renta líquida cedular de trabajo	37	49,799,000
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	49,799,000
	Renta presuntiva	76	0
Ganancia Ocasional	Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior	77	0
	Costos por ganancias ocasionales	78	0
	Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	79	0
	Ganancias ocasionales gravables	80	0
Liquidación privada — Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	De trabajo y de pensiones	81	2,864,000
	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	2,864,000
	Impuesto sobre la renta presuntiva	87	0
	Total impuesto sobre la renta líquida	88	2,864,000
Descuentos	Impuestos pagados en el exterior	89	0
	Donaciones	90	0
	Otros	91	0
	Total descuentos tributarios	92	0
	Impuesto neto de renta	93	2,864,000
	Impuesto de ganancias ocasionales	94	0
	Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	95	0
	Total impuesto a cargo	96	2,864,000
	Anticipo renta liquidado año gravable anterior	97	0
	Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	98	61,000
	Retenciones año gravable a declarar	99	2,952,000
	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	149,000

(415)7707212489984(8020)362546000000800120610400(3900)00000000000000(96)20180906

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

981. Cód. Representación | Firma del declarante o de quien lo representa: Nelson Alonso

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

983. No. Tarjeta profesional

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

Banco Caja Social RESTREPO 020 29 AGO 2018

980. Pago total $: 0

996. Espacio para el número interno dela DIAN/ Adhesivo

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

80012061	Positiva
Numero de Documento	ARL

Welson	Enrique	Alonso	Florez
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

2-MAYO-1980	Bogota	Km 119 P #17 A16	8111677
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

FAMISANAR	Colpensiones	$ 2808.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Enfermero	18-04-2017
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

nealonso360@yahoo.com	3213423154
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

80012061	Positiva
Numero de Documento	ARL

Nelson	Enrique	Alonso	Florez
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

02-05-1980	Bogotá	Kra 119A #17F16	811 16 77
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Famisanar	Colpensiones	$ 2.800.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Enfermero	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

nealonso360@yahoo.com	3213423154
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

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