Búsqueda de usuarios

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Nombre	Correo electrónico	Fecha de registro	Acceso a la cuenta	Última actualización de estado	Usuario		
Freddy Johanny Rodríguez Sánchez	frejorsa@gmail.com	14/12/2017 10:20:11 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado	11/01/2018 11:45:50 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Activo	Editar	Detalle

OPCIONES

Crear usuarios
Aceptar acceso
Rechazar acceso
Cancelar acceso
Revertir rechazo del acceso

VER

Últimas modificaciones
Todos
Usuarios activos
Usuarios inactivos
Accesos pendientes
Accesos aceptados
Accesos rechazados
Usuarios bloqueados

HERRAMIENTAS

Herramientas no está disponible.

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: 21-ene-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
RODRIGUEZ	SANCHEZ	FREDDY JOHANNY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 93392070

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 93392070 D.M 10

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 14 MES OCT AÑO 1973

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

DIG. 39 SUR #39A-20

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3057049209

EMAIL comunicacionessubred@gmail.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 NOVIEMBRE AÑO 1994
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
ES	2	X		Especialista en Comunicación Educativa	4	2018	933392070
UN	11	X		COMUNICADOR SOCIAL Y PERIODISTA	8	2002	

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: 21-ene-2019

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SUBRED PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	comunicacionessubred2@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3057049209	DIA 5 MES 9 AÑO 2016	DIA 22 MES 1 AÑO 2019

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PRESTACIoN DE SERVICIOS	COMUNICACIONES PSPIC	Cra. 7a No. 30Dsur 44, Bogota

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL CENTRO ORIENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	lpalacio.acolectiva.hco@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
317 371 1072	DIA 17 MES 12 AÑO 2012	DIA 31 MES 7 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PRESTACIoN DE SERVICIOS	COMUNICACIONES PIC	Carrera 18a No. 23a 25

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDADS	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

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: 21-ene-2019

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
	DIA MES AÑO	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*

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	7	2
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	7	2

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento **Bogotá 22-01-2019**

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: 21-ene-2019

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 21-ene-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, FREDDY JOHANNY RODRIGUEZ SANCHEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 93392070 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección DIG. 39 SUR #39A-20 **Teléfonos** 3057049209 3057049209

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
SAMUEL FELIPE RODRIGUEZ SERPA	1025524108	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	$3.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 3.000.000,00

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
BBVA	AHORROS	176 194 850	CARRERA 7 CALLE 13	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
HIJO	MENSUALIDAD	$ 1.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO 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

Freddy J. Romero S.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 21-ene-2019

CIUDAD Y FECHA

República de Colombia

LA FUNDACION UNIVERSIDAD CENTRAL

Personería Jurídica No. 1878 del 8 de junio de 1967

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que

Freddy Johanny Rodríguez Sánchez

C.C. 93.392.070 de Ibagué

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

Comunicador Social - Periodista

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

Bogotá, D.C., Agosto 22 de 2002

Rector

Decano

Secretario Facultad

Secretario General

Anotado al Folio 00188 del libro de Registro No. 2-000218 Fecha, 23 SEP 2002

Nº 40930

ACTA DE GRADO

El Suscrito Secretario General de la **FUNDACION UNIVERSIDAD CENTRAL, CERTIFICA:** que en el Libro de Actas de la Universidad, a Folios **22246 a 2253,** se encuentra la siguiente Acta de Grado: **ACTA DE GRADO No. 1006-2002.** En Bogotá D.C., a los **veintidós (22)** días del mes de **agosto** de dos mil **dos (2002),** siendo las **once (11:00) de la mañana** convocados por Resolución Rectoral No. **070-2002** se reunieron en la Secretaría General de la **FUNDACION UNIVERSIDAD CENTRAL,** el Rector Doctor **RUBEN AMAYA REYES,** el Decano de la Facultad de **Comunicación Social - Periodismo,** Doctor **ALFREDO ORTEGA JIMENEZ,** el Secretario Académico de la Facultad de **Comunicación Social - Periodismo,** Doctor **RENE GUEVARA** y el Secretari6o General de la Universidad, Doctor **BILLY ESCOBAR PEREZ**, para presidir y rubricar el grado de **COMUNICADOR SOCIAL-PERIODISTA** a **FREDDY JOHANNY RODRÍGUEZ SÁNCHEZ,** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **93.392.070 de IBAGUÉ (TOLIMA),** quién cursó y aprobó todas las Materias comprendidas en el Pensum y realizó **"CURSO DE EXTENSIÓN PERIODISMO PARA LA PAZ"** cumpliendo de esta con los requisitos exigidos por la Facultad de **COMUNICACION SOCIAL-PERIODISMO** y habiéndose hecho merecedor (a) a recibir el título mencionado, el cual otorga la Universidad debidamente autorizada por las Resoluciones Nos. **003514** de **1.992** y **15818** de **1.978,** emanadas del Ministerio de Educación Nacional. Una vez leídos los documentos correspondientes, el Señor Rector tomó el juramento al (a) Graduando (a), quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Universidad, ejerciendo la carrera de **COMUNICADOR SOCIAL - PERIODISTA** con las más exigentes pulcritud y moral profesionales. Luego de la entrega de los Diplomas, el Señor Rector presentó un saludo de la Universidad. Agotado el Orden del Día, la sesión se dio por terminada y se firmó el Acta por quienes en esta ceremonia intervinieron.

(Fdo.) **RUBEN AMAYA REYES,** Rector.

(Fdo.) **ALFREDO ORTEGA JIMENEZ,** Decano

(Fdo.) **RENE GUEVARA,** Secretario Académico

(Fdo.) **BILLY ESCOBAR PEREZ,** Secretario General.

Es fiel copia tomada de su original a los **veintiséis (26)** días del mes de **agosto** de dos mil dos **(2002).**

BILLY ESCOBAR PEREZ

Universidad del
Rosario

La Escuela de Medicina y Educación Continua de la Universidad del Rosario y la Secretaría Distrital de Salud

Otorgan el presente certificado a:

FREDDY JOHANNY RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

Por su asistencia y participación en el **Seminario Información, Educación y Comunicación para la Salud,** realizado del 27 al 29 de junio de 2018, con una intensidad de 24 horas académicas.

Para constancia se firma en Bogotá D. C., República de Colombia, 29 de junio de 2018.

Carol Vanegas Salinas
Gerente
Educación Continua

Manuel José Sáenz Ardila
Subsecretario de Salud Pública (e)
Secretaría Distrital de Salud

Bogotá Vital

Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 - Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895
Vigilada por el Ministerio de Educación Nacional
Código 3572-6

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Jefatura de Educación y Doctrina
Centro Educación Militar
Escuela de Relaciones Civiles Militares

Certifica

Que **FREDDY JOHANNY RODRIGUEZ SANCHEZ**

asistió al Curso de Corresponsales Militares adelantado en la Escuela de Relaciones Civiles Militares del 26 AGO. al 21 OCT. de 2000 aprobándolo con resultados excelentes.

Registrado al Folio No. 052

Bajo el No. 2867 del L. R. E R C M

Santafé de Bogotá, D. C., 20 de OCTUBRE de 2000

MY. ORLANDO GELVES LAGUADO
Inspector Estudios E R C M

TC. RICARDO ESPITIA GARZON
Director Escuela de Relaciones Civiles Militares

CR. WLADISLAO REINOSO MARIN
Director Centro Educación Militar

SISTEMAS AVANZADOS PLUS LTDA
Calle 15 No. 6 - 38 (centro) Tel.: 2620872 - Ibagué
Resolución No. 407 de Julio de 1.995
Nit. 809.000.012-3

ACTA COLECTIVA DE CERTIFICACION No. 001

En Ibagué a los 28 días del mes de Mayo de 1.999, se reunieron con el fin de certificar a los alumnos que asistieron a la Gestión Integral de Sistemas. Directora, secretaria y profesores en la dirección administrativa de SISTEMAS AVANZADOS PLUS LTDA Institución autorizada por la Secretaría de Educación no Formal, resolución número 407 de Julio de 1.995, para otorgar la certificación en los niveles de: gestión básica, gestión ejecutiva, diseño gráfico, diseño multimedia, redes, telecomunicaciones, lenguajes hardware, etica y valores.

Comprobada la asistencia legal y academica de cada uno de los alumnos que asistieron a los anteriores niveles en Educación no Formal procede a otorgar el Certificado de:

TECNICO EN GESTION INTEGRAL DE SISTEMAS A:

Freddy Johanny Rodriguez Sánchez
C.C. 93.392.070 de Ibagué (Tolima)

De acuerdo con el decreto Nacional. número 0114 de Enero de 1.996 del Ministerio de Educación Nacional

Es fiel copia tomada del libro de actas generales de certificaciones radicado en el libro 01 Folio 027 matrícula número 0070. Acta No. 001 del 28 de Mayo de 1.999.

Dada en Ibagué Tolima a los 28 días del mes de Mayo de 1.999

Firmado por

SISTEMAS PLUS DE COLOMBIA IBAGUE
Directora

SISTEMAS PLUS DE COLOMBIA IBAGUE
Secretario

REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

SYSTEM PLUS DE COLOMBIA

Y SU INSTITUTO DE EDUCACION NO FORMAL

SISTEMAS PLUS DE COLOMBIA

RESOLUCION 407 DE JULIO DE 1.995

HACE CONSTAR QUE:

FREDDY JOHANNY RODRIGUEZ SANCHEZ

C.C. 93'392.070 de Ibagué (Tol)

ASISTIO AL PROGRAMA DE

MULTIMEDIA

De acuerdo con el Decreto Nacional 0114 del 15 de Enero de 1.996 del Ministerio de Educación.

INTRODUCCION Recursos en Windows 95	10 horas	**ANIMACION** Modelado con Tue Space	20 horas
DIBUJO Y FOTOGRAFIA Corel Draw y Photoshop	20 horas	**EDICION DE VIDEO** Digitalización con Premier	10 horas
EDICION DE SONIDO Efectos con Sound Forge	10 horas	**PRESENTACIONES** Kioskos con Director	20 horas

RADICADO EN EL LIBRO 1 FOLIO 20 NUMERO 228
A LOS 21 DIAS DEL MES DE Octubre DE 1.998 EN IBAGUE

DIRECTOR

SECRETARIO

REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

SYSTEM PLUS DE COLOMBIA

Y SU INSTITUTO DE EDUCACION NO FORMAL

SISTEMAS AVANZADOS PLUS DE COLOMBIA

RESOLUCION 407 DE JULIO DE 1.995

HACE CONSTAR QUE:

FREDY JOHANNY RODRIGUEZ SANCHEZ

C.C. 93'392.070 de Ibagué (Tol)

ASISTIO AL PROGRAMA DE

DISEÑO GRAFICO

De acuerdo con el Decreto Nacional 0114 del 15 de Enero de 1.996 del Ministerio de Educación.

INTRODUCCION Autoedición y Windows 95	**10 Horas**	**COREL DRAW** Ilustración artística y técnica	**20 Horas**
TEXTO - GRAFICOS Con Herramientas Microsoft	**10 Horas**	**PHOTOSHOP** Fotomontajes y retoque	**10 Horas**
AUTOEDICION MS Publicaciones conPublisher	**20 Horas**	**PAGE MAKER** Publicaciones profesionales	**20 Horas**

RADICADO EN EL LIBRO 01 FOLIO 021 NUMERO 0271
A LOS 09 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 1.998 EN IBAGUE

DIRECTOR

SECRETARIO

Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
República de Colombia

Certifican que:

Freddy Johanny Rodrí-guez Sánchez

Identificado con cédula de ciudadanía: 93392070

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE COMUNICACIONES

Realizó 40 horas de capacitación virtual del Nivel 3:

Gestión estratégica de medios online

Del proceso:

Comunicar en entornos digitales

En testimonio de ello se firma en el mes de septiembre de 2012

SANTIAGO AMADOR
Director de Apropiación de TIC
Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

Red Periodismo de hoy

REDial Colombia

JAIME ALBERTO VÉLEZ VILLA
Decano Facultad de Comunicaciones
Universidad de Antioquia

Las actividades académicas certificadas mediante este documento se realizaron en cumplimiento del convenio de cooperación celebrado entre el Fondo de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y la Universidad de Antioquia.

La Secretaría Distrital de Salud

Certifica que:

FREDDY RODRIGUEZ

cc 93392070 de Bogotá

Participó como asistente en el Seminario Mujer y Salud - **Dia Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres.**
Realizado en Bogotá el **24 de mayo de 2013**, con una intensidad de ocho (8) **horas**.

Aldo Cadena Rojas
Secretario Distrital de Salud

Jaime Hernán Urrego Rodriguez
Director de Salud Publica

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ HUMANA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

FREDDY JOHANNY RODRÍGUEZ SANCHÉZ

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 93392070

Cursó y aprobó la acción de Formación

SERVICIO AL CLIENTE: UN RETO PERSONAL

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Neiva a los Veinticinco (25) días del mes de Junio de Dos Mil Siete (2007)

FERMÍN BELTRÁN BARRAGÁN
SUBDIRECTOR CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS
REGIONAL HUILA

SGCV2007219943

SGCV2007219943 25/06/2007
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace Constar que

FREDDY JOHANNY RODRÍGUEZ SANCHÉZ

Con CEDULA DE CIUDADANIA No. 93392070

Cursó y aprobó la acción de Formación

INDUCCIÓN A PROCESOS PEDAGÓGICOS

Con una duración de 40 Horas

En testimonio de lo anterior se firma en Tumaco a los Diecisiete (17) días del mes de Abril de Dos Mil Doce (2012)

ANDRES OSWALDO FAJARDO CABRERA
SUBDIRECTOR CENTRO AGROINDUSTRIAL Y PESQUERO DE LA COSTA PACÍFICA
REGIONAL NARINO

SGCV20124079363

SGCV20124079363 17/04/2012
No. Y FECHA DE REGISTRO

Para verificar la validez de este Certificado consulte la página http://sis.senavirtual.edu.co

Resolución 000484 del 06 de Marzo de 2006

Bogotá D.C

Señores:

FUNDACIÓN UNIVERSIDAD CENTRAL

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, FREDDY J. RODRÍGUEZ S. 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:

COMUNICADOR SOCIAL - PERIODISTA

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 93392070

Tarjeta profesional No: 93392070

Dirección de contacto: DIG. 39 SUR No. 39A -20

Teléfono: 305 704 9209

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios
de Salud Centro Oriente E.S.E.

LA JEFE OFICINA ASESORA JURIDICA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que reposa en la oficina de contratación – OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, el señor **FREDDY JOHANNY RODRIGUEZ SANCHEZ** Identificado con CC. Nº 93.392.070, Presta sus servicios en la Subred integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

Nº CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR C-TO
PP992 DE 2012	17-12-2012	03-02-2013	$3.772.622
PP258 DE 2013	11-02-2013	31-01-2014	$22.957.428
PP320 DE 2014	01-02-2014	31-01-2015	$33.783.840
PP452 DE 2015	17-02-2015	15-01-2016	$33.183.810
PP2016-74-2016	03-02-2016	09-02-2016	$708.447
PP2016-630-2016	22-02-2016	31-07-2016	$17.181.286
02-PS-1451-2016	05-09-2016	EN EJECUCION	$16.583.333

OBJETO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, EN EL ESPACIO PUBLICO, EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 833/2016, SUSCRITO CON EL FONDO FINANCIERO DISTRITAL Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado (a) a los veintiún (21) días, del mes de Marzo de 2017

Para mayor información favor comunicarse al celular 3023399604 ó dirigirse a la Carrera 5 # 33A-45, oficina de Contratación OPS.

Cordialmente,

HEYDE DEL CARMEN RODRIGUEZ PEREZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión del asunto de este documento y que la respuesta brindada, ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.
Revisó y Aprobó: Daniela Rodríguez Goyes-Asesora Oficina Jurídica- Contratación OPS
Proyecto: Adonay Neira Joiro -Apoyo Administrativo OPS

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **93.392.070**

RODRIGUEZ SANCHEZ

APELLIDOS

FREDDY JOHANNY

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-OCT-1973**

GARZON
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

10-AGO-1992 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00252204-M-0093392070-20100826 **0023**595903A 1 1350912916

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14248717003

(415)7707212489984(8020) 000001424871700 3

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

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	9 3 3 9 2 0 7 0	1 9 9 2 0 8 1 0

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RODRIGUEZ	SANCHEZ	FREDDY	JOHANNY

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 1

41. Dirección principal: DIG. 39 SUR 39A-20 BARRIO SANTA RITA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
frejorsa@gmail.com		3 0 5 7 0 4 9 2 0 9	

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
7 4 9 0	2 0 0 7 0 8 1 0		Año Mes Día			2 4 5 1	

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:	1 2																									

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	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 3 0 7 1 0 Año Mes Día

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: RODRIGUEZ SANCHEZ FREDDY JOHANNY

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

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

Fecha:21/01/2019

CONTRIBUYENTE	C.C. 93392070	FREDDY JOHANNY RODRIGUEZ SANCHEZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: DG 039 SUR 39A 20 AP01 BRR SANTA RITA Teléfonos: 3057049209

Dirección electrónica: frejorsa@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ, D.C. Municipio: BOGOTÁ DC

Fecha de Inscripción: 12/07/2010 Soporte Inscripción: 13086833

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: 12/07/2010

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 12/07/2010 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 7490 - Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p. como consultoría profesional (incluye actividades de periodistas)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

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

Fuente: RIT-SHD

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Primera Clase

93392070

PERTENECE AL EJERCITO DE

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC	31 - DIC 13	31 - DIC

APELLIDOS Y NOMBRES

RODRIGUEZ SANCHEZ
FREDDY JOHANNY

UM 13 BAS 10 ESP. MIL FUSILERO

PROFESION BACHILLER



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
   - Tomar posesión de los empleos públicos o privados
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
   - Registrar título como profesional y ejercer la profesión
   - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
   - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

93392070

MY. ALVARO WITTINGHAM CA
CDTE. DIM. No. 55

12 JUN 96
FECHA EXP.

UNIVERSIDAD CENTRAL



FREDDY JOHANNY RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

C. C. 93392070

EGRESADO

Comunicación Social - Periodismo

IDentico S.A.S.

UNIVERSIDAD CENTRAL

- Este carné es personal e intransferible.
- Es el único documento válido como identificación ante las autoridades de la Universidad.
- Su uso indebido se sancionará de acuerdo con las normas legales y reglamentarias vigentes.
- En caso de retiro deberá devolverse para efectos de paz y salvo.
- En caso de pérdida deberá gestionar un nuevo carné, en la Oficina de Registro Académico.

A quien encuentre este carné, favor devolverlo a la Universidad Central, cra. 5 N° 21-38, PBX: 323 98 68.

2372928128

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

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	FREDDY
Apellidos:	RODRIGUEZ
Documento de identidad:	C.C. X T.I. Pasaporte No. 93342070
Fecha de Nacimiento:	Día 14 Mes 10 Año 1973

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	12 DIC. 2016	143402S. 11/18	SANDRA IBAÑEZ Camila Becerra
	2	12 ENE. 2017	19340250 1	
	3	22 ENE. 2019	AHBVC117AF 4/20	
	R		22 Feb 2014	

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Resolución Lic. No. 9511 de 23/08/2013
Res. Lic. Anterior No. 9708 de 05/10/2009

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaria de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. Maria Luisa Molina M. CPTP No. 13958
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaria de Salud



Nit: 830.015.894-4

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 12 | 9 | 2016

EXAMEN: ☐ Preocupacional o Ingreso ☐ Pos-ocupacional o Egreso ☐ Periódico

NOMBRES: FREDDY JOHANNY RODRIGUEZ SANCHEZ C.C. 93.392.070 EDAD: 43 SEXO M F

EMPRESA: SUBRED CENTRO ORIENTE CARGO: COMUNICADOR SOCIAL Tel.: Cel.: 3185719101

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

		NORMAL	ANORMAL
Valoración Medica Laboral		X	
Espirometria			
Audiometria			
Visiometría			
Optometría			
Electrocardiograma			
Psicología Laboral			
Radiología	Túnel Carpo		
	Columna		
	Tórax		

	NORMAL	ANORMAL
Respiratorio	✓	
Dermatología	✓	
Osteomuscular	✓	
Cardiovascular	✓	
Vacunas		
Prueba de Equilibrio		
Otros		

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

	NORMAL	ANORMAL
Cuadro Hematico IVG		
Glicemia		
Colesterol		
Triglicerios		

	NORMAL	ANORMAL
Serología		
Parcial de Orina		
RH - Grupo Sanguíneo	✓	
Varios		

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es: APTO

APTO PARA TRABAJOS SEGURO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) ☐ Según Res. 1409 del 23 de Julio de 2012

	SI	NO		SI	NO
Apto para el cargo sin restricciones	X		Aplazado		X
Apto para el cargo con restricciones que intervienen con su trabajo		X	No apto para este cargo		
Apto para trabajos en superficies sin infradesnivel		X			

Examen PERIODICO satisfactorio SI ☐ NO ☐

Examen de EGRESO satisfactorio SI ☐ NO ☐

Paciente clinicamente sano
con sobrepeso

RECOMEDACIONES - RESTRICCIONES

1.	Higiene Postural ☐	6.	Control Audiometrico ☐	11.	Estilos de Vida Saludable ☐
2.	Pausas Activas ☐	7.	Uso de Doble Proteccion Auditiva ☐	12.	Evitar Posturas Prolongadas ☐
3.	Ergonomía del Puesto de Trabajo ☐	8.	Control Optometrico Periodico ☐	13.	Uso de Medias de Compresión Graduado ☐
4.	Uso de Elementos de Protección Personal ☐	9.	Uso de Lentes permanentes ☐	14.	Valoración y Manejo en IPS ☐
5.	Valoración por IPS de Medicina Laboral ☐	10.	Control de Tension Arterial ☐		Dieta balanceada y ejercicio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO *(De Lectura Obligatoria)*

He comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y riesgos del examen medico, paraclinico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mi en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se realizaran las pruebas, fuí informado de las medidas que el Profesional de Salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer, por cualquier medio electrónico o físico la información registrada a la persona o entidad, contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con mi firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

UMED LTDA I.P.S. Salud Ocupacional Mat. 1032/2013 Medicina Ocupacional

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL | RM

Firma Trabajador

C.C. No. 93392070

Huella I.D.

Laboratorio - Medicina - Radiología - Ecografía - Audiometría - Salud Ocupacional

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:	2019-01-22	CIUDAD:	Bogotá	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		
Rodríguez	Sánchez	Freddy	Johanny		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	93392070	Ibague 7 Tolima	1992-08-10
PASAPORTE ☐	OTRO ☐				ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1973-10-14	Garzón 7 Huila	Colombia	Colombiano

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ VIUDO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	1	1	3057049209x

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Dg. 39 sur # 39A-20	Bogotá	Cundinamarca	Colombiano	

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

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	Digitar el codigo del rut	7490
		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 [X]	SI [ ] NO [X]	Subred Prestadora de Servicios de Salud Centro Oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO [ ]	SERVICIOS [X]	SALUD [ ]	# NIT	900959051-7

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg. 34 3 5-43 Bogotá	(1) 3444484	Bogotá	Cundinamarca	Colombia

CARGO ACTUAL	Comunicador Social	FECHA VINCULACION	2016-07-31

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	$ 0	GASTOS FAMILIARES	$ 1.000.000	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ 0
HONORARIOS	$ 3.000.000	ARRIENDOS	$ 700.000	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
ARRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
COMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
OTROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
TOTAL INGRESOS	$ 3.000.000	TOTAL EGRESOS	$ 1.700.000	TOTAL ACTIVOS	$ 0	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 Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Orjuela	Poveda	Jairo	Alberto
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Calle 35 Av. Ferroacarril	Ibague/Tolima/Colombia	Amigo	317 682 4130

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BBVA	Cuenta de Ahorro	176194850	Cantro	(1) 380 8131

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [X]

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

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

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

Comunicador Social

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado:Certificación laboral no mayor a 30 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) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

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

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.

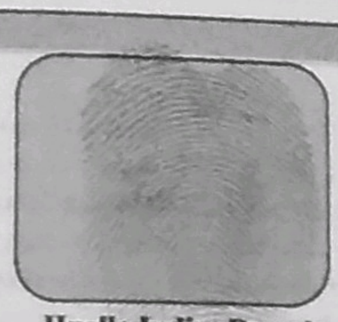
3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. 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 Titulo 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

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2019

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 93392070
NOMBRES Y APELLIDOS	Rodriguez Sanchez,Freddy Johanny
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/04/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Rodriguez Sanchez,Freddy Johanny, a los 22 días del mes de enero del año 2019.

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



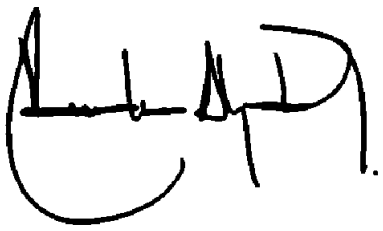
Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **FREDDY JOHANNY RODRIGUEZ SANCHEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **93,392,070**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

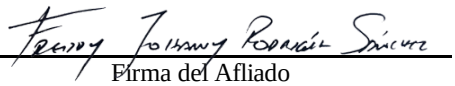
La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 22 días del mes de Enero de 2019.



_____
Gerente de Clientes

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO** **FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-024** **VERSIÓN: 01** **FECHA: 2017-08-04**

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

93392070			SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento			ARL
Freddy	Johanny	Rodríguez	Sánchez
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
14/10/19073	Grazón/Huila	Dig.39sur # 39A-20	3057049209
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
Sanitas	Porvenir		$ 3.000.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones		Honorarios
Comunicador Social			
Objeto Contractual (Cargo)			Fecha Inicio del Contrato
frejorsa@gmail.com			3057049209
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. 121031134

WEB
00:40:47

Bogotá DC, 22 de enero del 2019

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) FREDDY JOHANNY RODRIGUEZ SANCHEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 93392070:

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 martes 22 de enero de 2019, a las 00:45:53, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	93392070
Código de Verificación	933920701901220045 53

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. 2713289

Bogotá D.C., 22 de Enero de 2019 - 0:47 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) **FREDDY JOHANNY RODRIGUEZ SANCHEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **NOVENTA Y TRES MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL SETENTA** de IBAGUE

93392070

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 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: 1_U2YGI_470
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 00:48:45 horas del 22/01/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **93392070**
Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ SANCHEZ FREDDY JOHANNY**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

BBVA

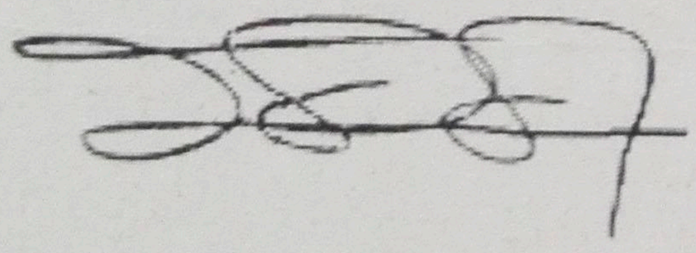
BBVA COLOMBIA
NIT 860.003.020-1

CERTIFICA

Que **FREDDY JOHANNY RODRIGUEZ SANCHEZ** identificado(a) con **Cédula De Ciudadanía No 93,392,070** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de **Cuenta De Ahorros Libreton No 0176-194850** aperturada el **21 De Enero De 2013** , la cual se encuentra **Activa** y hasta la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular el día **21** de **Enero** de **2019** a las **12:49** , con destino a **Subred Centro Oriente.**

FIRMA AUTOGRAFICA



FIRMA AUTORIZADA

BBVACOLOMBIA

adelante.

BBVA COLOMBIA ESTABLECIMIENTO BANCARIO

VIGILADO SUPERINTENDECIA FINANCIERA DE COLOMBIA