



GEOREFERENCIACSubRed Centro OComprobador deConsulta AfiliadosMaestro AfiliadosConsulta del puntCapital Salud EPSAdministración de

https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractManagement/Index?prevCbUrl=%2fCO1Marketplace%2f

Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 8:26:17
Carlos David Pati...

BusquedaMis procesosMenúIr a

Buscar...

EsortirMenúAdministración de contratos

Id de página: 23000629Ayuda

VolverÚltimas modificacionesTodosSeleccione

Buscar contrato

Buscar (Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado
317004	PS 5106 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	10/07/2018 11:59:00 PM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	09/09/2018 11:59:00 PM (UTC-05:00 Bogotá, Lima, Quito)	Carlos David Patiño Sabogal	4.183.000 COP	Firmado

OPCIONES

VER

HERRAMIENTAS

Últimas modificaciones

Todos

Esperando aprobación

Firmado

Firmado y enviado a la Entidad Estatal

Suspendidos

Cancelados

Cerrados

Firmados y Terminados anormalmente

© 2014 VortalTérminos de usoNormativaSoporte RemotoAyudaEspañol (Colombia)

JOTA

1. FOTO CARNET.pdfilovepdf_jpg_to_pdf.pdf20181206_124720.jpg

Mostrar todo

Inicio

ES

08:25 a.m.
14/12/2018



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAPO
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE DATOS DEL EMPLEADO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Última Actualización: 13-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PATIÑO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SABOGAL	NOMBRES CARLOS DAVID
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1023887302	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 0272489 D.M. cacm2		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 23 MES JUL AÑO 1989 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Carrera 7 este N° 32-40 sur PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2079046 EMAIL deivi024@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO	Bachiller		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	AGOSTO	AÑO	2007

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 13-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Consortio Exress		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
743 18 24	DÍA 6 MES 1 AÑO 2014		DÍA 16 MES 4 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Controlador Programador de Mantenimiento	Mantenimiento	Calle 32 SUR # 3C - 08	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	0	0
PRIVADO	2	3
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	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 INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Carlos David Patinos

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.



Última Actualización: 13-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



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAPO

Última Actualización: 13-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, CARLOS DAVID PATIÑO SABOGAL

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1023887302 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Carrera 7 este N° 32-40 sur

Teléfonos 3134690390 2079046

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
María Elena Sabogal Mora	41658488	MADRE

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

PARA TOMAR POSESION ☒ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☐PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

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

RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 4.250.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 4.250.000,00

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
--------------------	----------------	---------------------	-------------------	--------------------

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
-------------------	----------	-------

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



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.



Última Actualización: 13-dic-2018

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

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

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

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

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

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

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

Carlos David Patiño S.
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018
CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
y por autorización de la
Secretaría de Educación Distrital Bogotá D.C.
El

Colegio Aldemar Rojas Plazas

Centro Educativo Distrital

"Por Una Colombia Productiva y en Paz"

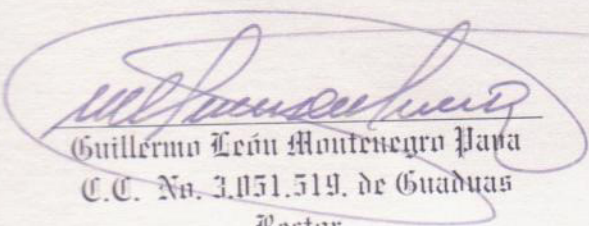
Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.,
según Resolución No. 0227 del 22 de Enero de 2003,

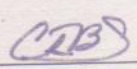
Confiere a:

Carlos David Patiño Sahogal

El Título de
Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de
Educación Media Académica, de acuerdo a la Ley 115 de 1994,
los planes y programas de Estudios debidamente aprobados
en el P.E.I.


Guillermo León Montenegro Pava
C.C. No. 3.051.519, de Guaduas
Rector


Claudia Baez Briceño
C.C. No. 24.080.092 de Soata (Boyacá)
Secretaria Académica



Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.
Secretaría de Educación
Colegio Aldemar Rojas Plazas
Centro Educativo Distrital
"Por una Colombia Productiva y en Paz"

Carrera 10 No. 13-50 Sur - Teléfono 278 88 54

ACTA INDIVIDUAL No. 293

Código DANE: 90000003015

En la Ciudad de Bogotá D.C., El día 4 de Diciembre de 2008, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado de Educación Media, los suscritos Rector y Secretaría Académica en la Rectoría del **Colegio Aldemar Rojas Plazas C.E.D. Institución** autorizada por la Secretaría de Educación Distrital, mediante Resolución No. 227 de Enero 22 de 2003 para otorgar el Título de BACHILLER ACADÉMICO.

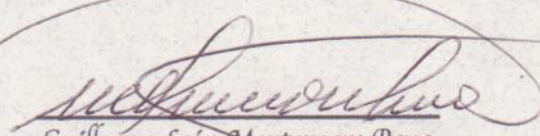
Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el **TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO** al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

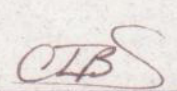
Carlos David Patiño Sabogal

Es fiel copia tomada del original del Acta General de Graduación No. 02 del 4 de Diciembre de 2008, que consta de 316 alumnos; comienza con el nombre de ACERO NAVARRO OSCAR ANDRES y se cierra con el nombre de VILLAMIL MONROY JONATHAN ALEXANDER Firmada por Guillermo León Montenegro Pava (Rector) y Claudia Baez Briceño (Secretaría Académica).

Dada en Bogotá D.C., a los 4 días del mes de Diciembre de 2008

No se requiere registro, según decretos No. 0921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, de la Presidencia de la República


Guillermo León Montenegro Pava
C.C. 3.051.519 de Guaduas
Rector


Claudia Baez Briceño
C.C. 24.080.092 de Soata (Boyaca)
Secretaría Académica

Bogotá D.C

Señores:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Carlos David Patiño Sabogal 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:

Academico Bachiller
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Carlos David Patiño S.

No. de documento: 1023887302

Tarjeta profesional No: _____

Dirección de contacto: _____

Teléfono: _____

GTAUTOSPORT
Avenida Calle 72 N° 66 - 05
(311) 826 5799 - (300) 279 6793
servicio@gtautosport.net



Bogotá, 18 de diciembre de 2013

CERTIFICO

Que el señor Carlos David Patiño Sabogal con cedula de ciudadanía 1.023.887.302 de Bogotá laboro en mi compañía desde el día 15 de enero de 2011 hasta el día 15 de enero 2013 desempeñando el cargo de vendedor.

La presente se expide a solicitud del interesado a los dieciocho (18) días del mes de diciembre de dos mil trece (2013) en Bogotá.

Cordialmente:

GIOVANNY MEDAGLIA L.
ASESOR COMERCIAL



LA COORDINACION DE COMPENSACION SALARIAL Y BENEFICIOS
DE CONSORCIO EXPRESS S.A.S.

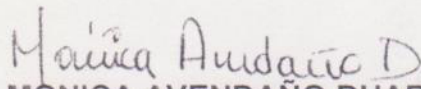
CERTIFICA

Que el señor(a), **PATIÑO SABOGAL CARLOS DAVID**, con cédula de ciudadanía número, **1023887302**, laboró para nuestra compañía desde el, **02 ENERO DE 2014** hasta el **16 ABRIL DE 2016**, desempeñando al momento de su retiro el cargo de **AUXILIAR PCM**

Se expide a solicitud del interesado a los 28 DE ABRIL DE 2016.

Cualquier información adicional con gusto será suministrada.

Atentamente,


MONICA AVENDAÑO DUARTE

Coordinador de Compensación y Beneficios

AFBG



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.023.887.302**

PATIÑO SABOGAL
APELLIDOS

CARLOS DAVID
NOMBRES

Carlos David Patiño
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-JUL-1989**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76

ESTATURA

O-

G.S. RH

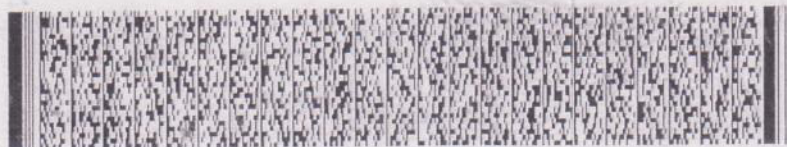
M

SEXO

21-AGO-2007 BOGOTA D.C.

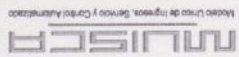
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500104-47164023-M-1023887302-20071004

0344607277Q 02 239170234

 Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		 Ministerio de Vigilancia y Control Aduanero		 14471306593	
2. Concepto ☐ 1 Inscripción		4. Número de formulario			
Espacio reservado para la DIAN					
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 2 3 8 8 7 3 0 2 - 0		6. DV: 0			
12. Dirección seccional		Impuestos de Bogotá			
24. Tipo de contribuyente: ☐ 2 Persona natural o sucesión ilíquida					
Lugar de expedición: COLOMBIA		28. País: ☐ 9		29. Departamento: Bogotá D.C.	
31. Primer apellido: SABOGAL		32. Segundo apellido: CARLOS		34. Otros nombres: DAVID	
35. Razón social:					
36. Nombre comercial:					
UBICACION					
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.	
41. Dirección principal: CR 7 ESTE 31 04 SUR		42. Correo electrónico: delvi024@hotmail.com		43. Código postal:	
44. Teléfono 1:		45. Teléfono 2:		CLASIFICACION	
Actividad económica					
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código: 8 2 1 1		47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 8 0 6 1 5		48. Código: 8 2 9 9	
49. Fecha inicio actividad: 2 0 1 8 0 6 1 5		50. Código: 1		51. Código: 5	
52. Número establecimientos: 0 0 1		53. Código: 1 2		54. Código: 1 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	
12-Ventas régimen simplificado					
Exportadores					
Obligados aduaneros					
55. Forma: ☐ ☐					
56. Tipo: ☐ ☐					
57. Modo: ☐ ☐					
58. CPC: ☐ ☐					
59. Anexos: ☐ SI ☒ NO					
60. No. de Folios: 1					
61. Fecha: 2 0 1 8 0 6 1 5					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.					
Firma autorizada:					
984. Nombre: DIMAS RINCON MARIJA ISABEL					
985. Cargo: Gestor I					
Firma del solicitante: Carlos David Patiño S					
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					



**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 15-06-2018

Hora: 3:25:29 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE CC 1023887302 CARLOS DAVID PATIÑO SABOGAL

Información General

Dirección KR 7 ESTE 31 04 SUR

Teléfonos 3134690390

Dirección electrónica deivi024@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 15/06/2018

Soporte Inscripción 13285131

Fecha Inicio Actividades 15/06/2018

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8211-ACTIVIDADES COMBINADAS DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE OFICINA

Actividad 2: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002966328

Fuente ICA TE TOCA

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

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

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


REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
 Tarjeta Reservista Primera Clase

NÚMERO 1023887302

APELLIDOS Y NOMBRES
PATINO SABOGAL
CARLOS DAVID

PERTENECE A LA RESERVA DE:

1ª LÍNEA 31-DIC	2ª LÍNEA 2019-DIC	3ª LÍNEA 2029-DIC
--------------------	----------------------	----------------------

11-DIC-2009
 FECHA DE EXP. ESTUDIANTE
 PROFESIÓN

S. AEROPORT
 ESP. MIL CACM2
 UM

CDTE. DE DISTRITO



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

- Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
 - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
 - Ingresar a la carrera administrativa
 - Tomar posesión de cargos públicos.
 - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior
- En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.



0272489
 EJ BAW 239

CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO



OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARÍA DE SALUD

CP 110011775101/02 - NIT. 900.171.517-3

MEDICINA GENERAL
RH. QUÍMICA SANGUÍNEA
PRUEBA DE EMBARAZO
ECOGRAFÍAS - RADIO GRAFÍAS
ORTOPEDIA
MEDICINA ESPECIALIZADA
MAMOGRAFÍA
SALUD OCUPACIONAL
MEDICINA DE TRABAJO



IMPORTANTE: no confíe su salud a tramitadores en la calle, acuda a los centros médicos autorizados por la Secretaría Distrital de Salud.

NOTA: este certificado médico es válido en el formato original y con el sello seco.

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

(Según lo dispuesto en las Resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012 y la NTC 4115)

MOTIVO DE EVALUACIÓN

FECHA: 15/06/18	INGRESO ☒	EGRESO ☐	PERIODICO ☐	TRAB. EN ALTURAS ☐	ESPEC. CONFINADOS ☐	MAN. ALIMENTOS ☐
-----------------	---	---------------------------------	------------------------------------	---	--	---

NOMBRE: CARLOS DAVID PATIÑO SABOGAL

CEDULA: 1.023.887.302

TELEFONO O CELULAR

3134690390

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO ☒	AUDIOMETRÍA ☐	VISIOMETRÍA ☐	ESPIROMETRÍA ☐	LABORATORIO CLÍNICO ☐	PRUEBA VESTIBULAR ☐
---	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--	--

INFORMACION ORGANIZACIÓN

NOMBRE DE LA EMPRESA: CENTRO ORIENTE

CARGO: FACTURADOR

CONCEPTO DE LA VALORACIÓN MEDICA

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES ☒	APTO CON RESTRICCIONES ☐
APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO ☐	APLAZADO ☐
APTO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS ☐	NO APTO ☐

RESULTADO EXAMENES: MEDICO

OBSERVACIONES

EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: **HOMBROS:** amplitud de movimiento, rotación interna/externa, prueba del supraespinoso, prueba de despegue, signo de Neer, prueba de O'Brien, prueba de Hawkins-Kennedy: normales; **CODO:** prueba de Cozen, flexión del codo por 60 segundos: normales; **MANO:** prueba de Finkelstein: normal, Tinel, Phanel: normales, **COLUMNA Y MIEMBROS INFERIORES:** Lasague, prueba de Lachman, cajón anterior, prueba de pivote, prueba de Thessaly y modificada de McMurray: normales

TIPO DE RESTRICCIÓN: NINGUNA.

COMENTARIOS EXAMEN PERIODICO

COMENTARIOS EXAMEN DE EGRESO

RECOMENDACIONES GENERALES EXAMENES REALIZADOS

Inducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1016, 1036, 1956, Dec. 1108, Circular 38/2010 y los que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010, Res 652 de 2012). Gestión peligro biomecánico mediante pausas activas- charlas sobre higiene postural-sillas ajustables (Ley 1350, Dec 1793, Dec 1794, Dec 1795, Dec 1796, Dec 1797, Dec 1798, Dec 1799, Dec 1800, Dec 1801, Dec 1802, Dec 1803, Dec 1804, Dec 1805, Dec 1806, Dec 1807, Dec 1808, Dec 1809, Dec 1810, Dec 1811, Dec 1812, Dec 1813, Dec 1814, Dec 1815, Dec 1816, Dec 1817, Dec 1818, Dec 1819, Dec 1820, Dec 1821, Dec 1822, Dec 1823, Dec 1824, Dec 1825, Dec 1826, Dec 1827, Dec 1828, Dec 1829, Dec 1830, Dec 1831, Dec 1832, Dec 1833, Dec 1834, Dec 1835, Dec 1836, Dec 1837, Dec 1838, Dec 1839, Dec 1840, Dec 1841, Dec 1842, Dec 1843, Dec 1844, Dec 1845, Dec 1846, Dec 1847, Dec 1848, Dec 1849, Dec 1850, Dec 1851, Dec 1852, Dec 1853, Dec 1854, Dec 1855, Dec 1856, Dec 1857, Dec 1858, Dec 1859, Dec 1860, Dec 1861, Dec 1862, Dec 1863, Dec 1864, Dec 1865, Dec 1866, Dec 1867, Dec 1868, Dec 1869, Dec 1870, Dec 1871, Dec 1872, Dec 1873, Dec 1874, Dec 1875, Dec 1876, Dec 1877, Dec 1878, Dec 1879, Dec 1880, Dec 1881, Dec 1882, Dec 1883, Dec 1884, Dec 1885, Dec 1886, Dec 1887, Dec 1888, Dec 1889, Dec 1890, Dec 1891, Dec 1892, Dec 1893, Dec 1894, Dec 1895, Dec 1896, Dec 1897, Dec 1898, Dec 1899, Dec 1900, Dec 1901, Dec 1902, Dec 1903, Dec 1904, Dec 1905, Dec 1906, Dec 1907, Dec 1908, Dec 1909, Dec 1910, Dec 1911, Dec 1912, Dec 1913, Dec 1914, Dec 1915, Dec 1916, Dec 1917, Dec 1918, Dec 1919, Dec 1920, Dec 1921, Dec 1922, Dec 1923, Dec 1924, Dec 1925, Dec 1926, Dec 1927, Dec 1928, Dec 1929, Dec 1930, Dec 1931, Dec 1932, Dec 1933, Dec 1934, Dec 1935, Dec 1936, Dec 1937, Dec 1938, Dec 1939, Dec 1940, Dec 1941, Dec 1942, Dec 1943, Dec 1944, Dec 1945, Dec 1946, Dec 1947, Dec 1948, Dec 1949, Dec 1950, Dec 1951, Dec 1952, Dec 1953, Dec 1954, Dec 1955, Dec 1956, Dec 1957, Dec 1958, Dec 1959, Dec 1960, Dec 1961, Dec 1962, Dec 1963, Dec 1964, Dec 1965, Dec 1966, Dec 1967, Dec 1968, Dec 1969, Dec 1970, Dec 1971, Dec 1972, Dec 1973, Dec 1974, Dec 1975, Dec 1976, Dec 1977, Dec 1978, Dec 1979, Dec 1980, Dec 1981, Dec 1982, Dec 1983, Dec 1984, Dec 1985, Dec 1986, Dec 1987, Dec 1988, Dec 1989, Dec 1990, Dec 1991, Dec 1992, Dec 1993, Dec 1994, Dec 1995, Dec 1996, Dec 1997, Dec 1998, Dec 1999, Dec 2000, Dec 2001, Dec 2002, Dec 2003, Dec 2004, Dec 2005, Dec 2006, Dec 2007, Dec 2008, Dec 2009, Dec 2010, Dec 2011, Dec 2012, Dec 2013, Dec 2014, Dec 2015, Dec 2016, Dec 2017, Dec 2018, Dec 2019, Dec 2020, Dec 2021, Dec 2022, Dec 2023, Dec 2024, Dec 2025, Dec 2026, Dec 2027, Dec 2028, Dec 2029, Dec 2030, Dec 2031, Dec 2032, Dec 2033, Dec 2034, Dec 2035, Dec 2036, Dec 2037, Dec 2038, Dec 2039, Dec 2040, Dec 2041, Dec 2042, Dec 2043, Dec 2044, Dec 2045, Dec 2046, Dec 2047, Dec 2048, Dec 2049, Dec 2050, Dec 2051, Dec 2052, Dec 2053, Dec 2054, Dec 2055, Dec 2056, Dec 2057, Dec 2058, Dec 2059, Dec 2060, Dec 2061, Dec 2062, Dec 2063, Dec 2064, Dec 2065, Dec 2066, Dec 2067, Dec 2068, Dec 2069, Dec 2070, Dec 2071, Dec 2072, Dec 2073, Dec 2074, Dec 2075, Dec 2076, Dec 2077, Dec 2078, Dec 2079, Dec 2080, Dec 2081, Dec 2082, Dec 2083, Dec 2084, Dec 2085, Dec 2086, Dec 2087, Dec 2088, Dec 2089, Dec 2090, Dec 2091, Dec 2092, Dec 2093, Dec 2094, Dec 2095, Dec 2096, Dec 2097, Dec 2098, Dec 2099, Dec 2100, Dec 2101, Dec 2102, Dec 2103, Dec 2104, Dec 2105, Dec 2106, Dec 2107, Dec 2108, Dec 2109, Dec 2110, Dec 2111, Dec 2112, Dec 2113, Dec 2114, Dec 2115, Dec 2116, Dec 2117, Dec 2118, Dec 2119, Dec 2120, Dec 2121, Dec 2122, Dec 2123, Dec 2124, Dec 2125, Dec 2126, Dec 2127, Dec 2128, Dec 2129, Dec 2130, Dec 2131, Dec 2132, Dec 2133, Dec 2134, Dec 2135, Dec 2136, Dec 2137, Dec 2138, Dec 2139, Dec 2140, Dec 2141, Dec 2142, Dec 2143, Dec 2144, Dec 2145, Dec 2146, Dec 2147, Dec 2148, Dec 2149, Dec 2150, Dec 2151, Dec 2152, Dec 2153, Dec 2154, Dec 2155, Dec 2156, Dec 2157, Dec 2158, Dec 2159, Dec 2160, Dec 2161, Dec 2162, Dec 2163, Dec 2164, Dec 2165, Dec 2166, Dec 2167, Dec 2168, Dec 2169, Dec 2170, Dec 2171, Dec 2172, Dec 2173, Dec 2174, Dec 2175, Dec 2176, Dec 2177, Dec 2178, Dec 2179, Dec 2180, Dec 2181, Dec 2182, Dec 2183, Dec 2184, Dec 2185, Dec 2186, Dec 2187, Dec 2188, Dec 2189, Dec 2190, Dec 2191, Dec 2192, Dec 2193, Dec 2194, Dec 2195, Dec 2196, Dec 2197, Dec 2198, Dec 2199, Dec 2200, Dec 2201, Dec 2202, Dec 2203, Dec 2204, Dec 2205, Dec 2206, Dec 2207, Dec 2208, Dec 2209, Dec 2210, Dec 2211, Dec 2212, Dec 2213, Dec 2214, Dec 2215, Dec 2216, Dec 2217, Dec 2218, Dec 2219, Dec 2220, Dec 2221, Dec 2222, Dec 2223, Dec 2224, Dec 2225, Dec 2226, Dec 2227, Dec 2228, Dec 2229, Dec 2230, Dec 2231, Dec 2232, Dec 2233, Dec 2234, Dec 2235, Dec 2236, Dec 2237, Dec 2238, Dec 2239, Dec 2240, Dec 2241, Dec 2242, Dec 2243, Dec 2244, Dec 2245, Dec 2246, Dec 2247, Dec 2248, Dec 2249, Dec 2250, Dec 2251, Dec 2252, Dec 2253, Dec 2254, Dec 2255, Dec 2256, Dec 2257, Dec 2258, Dec 2259, Dec 2260, Dec 2261, Dec 2262, Dec 2263, Dec 2264, Dec 2265, Dec 2266, Dec 2267, Dec 2268, Dec 2269, Dec 2270, Dec 2271, Dec 2272, Dec 2273, Dec 2274, Dec 2275, Dec 2276, Dec 2277, Dec 2278, Dec 2279, Dec 2280, Dec 2281, Dec 2282, Dec 2283, Dec 2284, Dec 2285, Dec 2286, Dec 2287, Dec 2288, Dec 2289, Dec 2290, Dec 2291, Dec 2292, Dec 2293, Dec 2294, Dec 2295, Dec 2296, Dec 2297, Dec 2298, Dec 2299, Dec 2300, Dec 2301, Dec 2302, Dec 2303, Dec 2304, Dec 2305, Dec 2306, Dec 2307, Dec 2308, Dec 2309, Dec 2310, Dec 2311, Dec 2312, Dec 2313, Dec 2314, Dec 2315, Dec 2316, Dec 2317, Dec 2318, Dec 2319, Dec 2320, Dec 2321, Dec 2322, Dec 2323, Dec 2324, Dec 2325, Dec 2326, Dec 2327, Dec 2328, Dec 2329, Dec 2330, Dec 2331, Dec 2332, Dec 2333, Dec 2334, Dec 2335, Dec 2336, Dec 2337, Dec 2338, Dec 2339, Dec 2340, Dec 2341, Dec 2342, Dec 2343, Dec 2344, Dec 2345, Dec 2346, Dec 2347, Dec 2348, Dec 2349, Dec 2350, Dec 2351, Dec 2352, Dec 2353, Dec 2354, Dec 2355, Dec 2356, Dec 2357, Dec 2358, Dec 2359, Dec 2360, Dec 2361, Dec 2362, Dec 2363, Dec 2364, Dec 2365, Dec 2366, Dec 2367, Dec 2368, Dec 2369, Dec 2370, Dec 2371, Dec 2372, Dec 2373, Dec 2374, Dec 2375, Dec 2376, Dec 2377, Dec 2378, Dec 2379, Dec 2380, Dec 2381, Dec 2382, Dec 2383, Dec 2384, Dec 2385, Dec 2386, Dec 2387, Dec 2388, Dec 2389, Dec 2390, Dec 2391, Dec 2392, Dec 2393, Dec 2394, Dec 2395, Dec 2396, Dec 2397, Dec 2398, Dec 2399, Dec 2400, Dec 2401, Dec 2402, Dec 2403, Dec 2404, Dec 2405, Dec 2406, Dec 2407, Dec 2408, Dec 2409, Dec 2410, Dec 2411, Dec 2412, Dec 2413, Dec 2414, Dec 2415, Dec 2416, Dec 2417, Dec 2418, Dec 2419, Dec 2420, Dec 2421, Dec 2422, Dec 2423, Dec 2424, Dec 2425, Dec 2426, Dec 2427, Dec 2428, Dec 2429, Dec 2430, Dec 2431, Dec 2432, Dec 2433, Dec 2434, Dec 2435, Dec 2436, Dec 2437, Dec 2438, Dec 2439, Dec 2440, Dec 2441, Dec 2442, Dec 2443, Dec 2444, Dec 2445, Dec 2446, Dec 2447, Dec 2448, Dec 2449, Dec 2450, Dec 2451, Dec 2452, Dec 2453, Dec 2454, Dec 2455, Dec 2456, Dec 2457, Dec 2458, Dec 2459, Dec 2460, Dec 2461, Dec 2462, Dec 2463, Dec 2464, Dec 2465, Dec 2466, Dec 2467, Dec 2468, Dec 2469, Dec 2470, Dec 2471, Dec 2472, Dec 2473, Dec 2474, Dec 2475, Dec 2476, Dec 2477, Dec 2478, Dec 2479, Dec 2480, Dec 2481, Dec 2482, Dec 2483, Dec 2484, Dec 2485, Dec 2486, Dec 2487, Dec 2488, Dec 2489, Dec 2490, Dec 2491, Dec 2492, Dec 2493, Dec 2494, Dec 2495, Dec 2496, Dec 2497, Dec 2498, Dec 2499, Dec 2500, Dec 2501, Dec 2502, Dec 2503, Dec 2504, Dec 2505, Dec 2506, Dec 2507, Dec 2508, Dec 2509, Dec 2510, Dec 2511, Dec 2512, Dec 2513, Dec 2514, Dec 2515, Dec 2516, Dec 2517, Dec 2518, Dec 2519, Dec 2520, Dec 2521, Dec 2522, Dec 2523, Dec 2524, Dec 2525, Dec 2526, Dec 2527, Dec 2528, Dec 2529, Dec 2530, Dec 2531, Dec 2532, Dec 2533, Dec 2534, Dec 2535, Dec 2536, Dec 2537, Dec 2538, Dec 2539, Dec 2540, Dec 2541, Dec 2542, Dec 2543, Dec 2544, Dec 2545, Dec 2546, Dec 2547, Dec 2548, Dec 2549, Dec 2550, Dec 2551, Dec 2552, Dec 2553, Dec 2554, Dec 2555, Dec 2556, Dec 2557, Dec 2558, Dec 2559, Dec 2560, Dec 2561, Dec 2562, Dec 2563, Dec 2564, Dec 2565, Dec 2566, Dec 2567, Dec 2568, Dec 2569, Dec 2570, Dec 2571, Dec 2572, Dec 2573, Dec 2574, Dec 2575, Dec 2576, Dec 2577, Dec 2578, Dec 2579, Dec 2580, Dec 2581, Dec 2582, Dec 2583, Dec 2584, Dec 2585, Dec 2586, Dec 2587, Dec 2588, Dec 2589, Dec 2590, Dec 2591, Dec 2592, Dec 2593, Dec 2594, Dec 2595, Dec 2596, Dec 2597, Dec 2598, Dec 2599, Dec 2600, Dec 2601, Dec 2602, Dec 2603, Dec 2604, Dec 2605, Dec 2606, Dec 2607, Dec 2608, Dec 2609, Dec 2610, Dec 2611, Dec 2612, Dec 2613, Dec 2614, Dec 2615, Dec 2616, Dec 2617, Dec 2618, Dec 2619, Dec 2620, Dec 2621, Dec 2622, Dec 2623, Dec 2624, Dec 2625, Dec 2626, Dec 2627, Dec 2628, Dec 2629, Dec 2630, Dec 2631, Dec 2632, Dec 2633, Dec 2634, Dec 2635, Dec 2636, Dec 2637, Dec 2638, Dec 2639, Dec 2640, Dec 2641, Dec 2642, Dec 2643, Dec 2644, Dec 2645, Dec 2646, Dec 2647, Dec 2648, Dec 2649, Dec 2650, Dec 2651, Dec 2652, Dec 2653, Dec 2654, Dec 2655, Dec 2656, Dec 2657, Dec 2658, Dec 2659, Dec 2660, Dec 2661, Dec 2662, Dec 2663, Dec 2664, Dec 2665, Dec 2666, Dec 2667, Dec 2668, Dec 2669, Dec 2670, Dec 2671, Dec 2672, Dec 2673, Dec 2674, Dec 2675, Dec 2676, Dec 2677, Dec 2678, Dec 2679, Dec 2680, Dec 2681, Dec 2682, Dec 2683, Dec 2684, Dec 2685, Dec 2686, Dec 2687, Dec 2688, Dec 2689, Dec 2690, Dec 2691, Dec 2692, Dec 2693, Dec 2694, Dec 2695, Dec 2696, Dec 2697, Dec 2698, Dec 2699, Dec 2700, Dec 2701, Dec 2702, Dec 2703, Dec 2704, Dec 2705, Dec 2706, Dec 2707, Dec 2708, Dec 2709, Dec 2710, Dec 2711, Dec 2712, Dec 2713, Dec 2714, Dec 2715, Dec 2716, Dec 2717, Dec 2718, Dec 2719, Dec 2720, Dec 2721, Dec 2722, Dec 2723, Dec 2724, Dec 2725, Dec 2726, Dec 2727, Dec 2728, Dec 2729, Dec 2730, Dec 2731, Dec 2732, Dec 2733, Dec 2734, Dec 2735, Dec 2736, Dec 2737, Dec 2738, Dec 2739, Dec 2740, Dec 2741, Dec 2742, Dec 2743, Dec 2744, Dec 2745, Dec 2746, Dec 2747, Dec 2748, Dec 2749, Dec 2750, Dec 2751, Dec 2752, Dec 2753, Dec 2754, Dec 2755, Dec 2756, Dec 2757, Dec 2758, Dec 2759, Dec 2760, Dec 2761, Dec 2762, Dec 2763, Dec 2764, Dec 2765, Dec 2766, Dec 2767, Dec 2768, Dec 2769, Dec 2770, Dec 2771, Dec 2772, Dec 2773, Dec 2774, Dec 2775, Dec 2776, Dec 2777, Dec 2778, Dec 2779, Dec 2780, Dec 2781, Dec 2782, Dec 2783, Dec 2784, Dec 2785, Dec 2786, Dec 2787, Dec 2788, Dec 2789, Dec 2790, Dec 2791, Dec 2792, Dec 2793, Dec 2794, Dec 2795, Dec 2796, Dec 2797, Dec 2798, Dec 2799, Dec 2800, Dec 2801, Dec 2802, Dec 2803, Dec 2804, Dec 2805, Dec 2806, Dec 2807, Dec 2808, Dec 2809, Dec 2810, Dec 2811, Dec 2812, Dec 2813, Dec 2814, Dec 2815, Dec 2816, Dec 2817, Dec 2818, Dec 2819, Dec 2820, Dec 2821, Dec 2822, Dec 2823, Dec 2824, Dec 2825, Dec 2826, Dec 2827, Dec 2828, Dec 2829, Dec 2830, Dec 2831, Dec 2832, Dec 2833, Dec 2834, Dec 2835, Dec 2836, Dec 2837, Dec 2838, Dec 2839, Dec 2840, Dec 2841, Dec 2842, Dec 2843, Dec 2844, Dec 2845, Dec 2846, Dec 2847, Dec 2848, Dec 2849, Dec 2850, Dec 2851, Dec 2852, Dec 2853, Dec 2854, Dec 2855, Dec 2856, Dec 2857, Dec 2858, Dec 2859, Dec 2860, Dec 2861, Dec 2862, Dec 2863, Dec 2864, Dec 2865, Dec 2866, Dec 2867, Dec 2868, Dec 2869, Dec 2870, Dec 2871, Dec 2872, Dec 2873, Dec 2874, Dec 2875, Dec 2876, Dec 2877, Dec 2878, Dec 2879, Dec 2880, Dec 2881, Dec 2882, Dec 2883, Dec 2884, Dec 2885, Dec 2886, Dec 2887, Dec 2888, Dec 2889, Dec 2890, Dec 2891, Dec 2892, Dec 2893, Dec 2894, Dec 2895, Dec 2896, Dec 2897, Dec 2898, Dec 2899, Dec 2900, Dec 2901, Dec 2902, Dec 2903, Dec 2904, Dec 2905, Dec 2906, Dec 2907, Dec 2908, Dec 2909, Dec 2910, Dec 2911, Dec 2912, Dec 2913, Dec 2914, Dec 2915, Dec 2916, Dec 2917, Dec 2918, Dec 2919, Dec 2920, Dec 2921, Dec 2922, Dec 2923, Dec 2924, Dec 2925, Dec 2926, Dec 2927, Dec 2928, Dec 2929, Dec 2930, Dec 2931, Dec 2932, Dec 2933, Dec 2934, Dec 2935, Dec 2936, Dec 2937, Dec 2938, Dec 2939, Dec 2940, Dec 2941, Dec 2942, Dec 2943, Dec 2944, Dec 2945, Dec 2946, Dec 2947, Dec 2948, Dec 2949, Dec 2950, Dec 2951, Dec 2952, Dec 2953, Dec 2954, Dec 2955, Dec 2956, Dec 2957, Dec 2958, Dec 2959, Dec 2960, Dec 2961, Dec 2962, Dec 2963, Dec 2964, Dec 2965, Dec 2966, Dec 2967, Dec 2968, Dec 2969, Dec 2970, Dec 2971, Dec 2972, Dec 2973, Dec 2974, Dec 2975, Dec 2976, Dec 2977, Dec 2978, Dec 2979, Dec 2980, Dec 2981, Dec 2982, Dec 2983, Dec 2984, Dec 2985, Dec 2986, Dec 2987, Dec 2988, Dec 2989, Dec 2990, Dec 2991, Dec 2992, Dec 2993, Dec 2994, Dec 2995, Dec 2996, Dec 2997, Dec 2998, Dec 2999, Dec 3000, Dec 3001, Dec 3002, Dec 3003, Dec 3004, Dec 3005, Dec 3006, Dec 3007, Dec 3008, Dec 3009, Dec 3010, Dec 3011, Dec 3012, Dec 3013, Dec 3014, Dec 3015, Dec 3016, Dec 3017, Dec 3018, Dec 3019, Dec 3020, Dec 3021, Dec 3022, Dec 3023, Dec 3024, Dec 3025, Dec 3026, Dec 3027, Dec 3028, Dec 3029, Dec 3030, Dec 3031, Dec 3032, Dec 3033, Dec 3034, Dec 3035, Dec 3036, Dec 3037, Dec 3038, Dec 3039, Dec 3040, Dec 3041, Dec 3042, Dec 3043, Dec 3044, Dec 3045, Dec 3046, Dec 3047, Dec 3048, Dec 3049, Dec 3050, Dec 3051, Dec 3052, Dec 3053, Dec 3054, Dec 3055, Dec 3056, Dec 3057, Dec 3058, Dec 3059, Dec 3060, Dec 3061, Dec 3062, Dec 3063, Dec 3064, Dec 3065, Dec 3066, Dec 3067, Dec 3068, Dec 3069, Dec 3070, Dec 3071, Dec 3072, Dec 3073, Dec 3074, Dec 3075, Dec 3076, Dec 3077, Dec 3078, Dec 3079, Dec 3080, Dec 3081, Dec 3082, Dec 3083, Dec 3084, Dec 3085, Dec 3086, Dec 3087, Dec 3088, Dec 3089, Dec 3090, Dec 3091, Dec 3092, Dec 3093, Dec 3094, Dec 3095, Dec 3096, Dec 3097, Dec 3098, Dec 3099, Dec 3100, Dec 3101, Dec 3102, Dec 3103, Dec 3104, Dec 3105, Dec 3106, Dec 3107, Dec 3108, Dec 3109, Dec 3110, Dec 3111, Dec 3112, Dec 3113, Dec 3114, Dec 3115, Dec 3116, Dec 3117, Dec 3118, Dec 3119, Dec 3120, Dec 3121, Dec 3122, Dec 3123, Dec 3124, Dec 3125, Dec 3126, Dec 3127, Dec 3128, Dec 3129, Dec 3130, Dec 3131, Dec 3132, Dec 3133, Dec 3134, Dec 3135, Dec 3136, Dec 3137, Dec 3138, Dec 3139, Dec 3140, Dec 3141, Dec 3142, Dec 3143, Dec 3144, Dec 3145, Dec 3146, Dec 3147, Dec 3148, Dec 3149, Dec 3150, Dec 3151, Dec 3152, Dec 3153, Dec 3154, Dec 3155, Dec 3156, Dec 3157, Dec 3158, Dec 3159, Dec 3160, Dec 3161, Dec 3162, Dec 3163, Dec 3164, Dec 3165, Dec 3166, Dec 3167, Dec 3168, Dec 3169, Dec 3170, Dec 3171, Dec 3172, Dec 3173, Dec 3174, Dec 3175, Dec 3176, Dec 3177, Dec 3178, Dec 3179, Dec 3180, Dec 3181, Dec 3182, Dec 3183, Dec 3184, Dec 3185, Dec 3186, Dec 3187, Dec 3188, Dec 3189, Dec 3190, Dec 3191, Dec 3192, Dec 3193, Dec 3194, Dec 3195, Dec 3196, Dec 3197, Dec 3198, Dec 3199, Dec 3200, Dec 3201, Dec 3202, Dec 3203, Dec 3204, Dec 3205, Dec 3206, Dec 3207, Dec 3208, Dec 3209, Dec 3210, Dec 3211, Dec 3212, Dec 3213, Dec 3214, Dec 3215, Dec 3216, Dec 3217, Dec 3218, Dec 3219, Dec 3220, Dec 3221, Dec 3222, Dec 3223, Dec 3224, Dec 3225,

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

FECHA: 2018-12-14 CIUDAD: BOGOTA DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C.

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1. de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: PATIÑO SEGUNDO APELLIDO: SABOGAL PRIMER NOMBRE: CARLOS SEGUNDO NOMBRE: DAVID

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☒ C.I. ☐ R.C. ☐ NUP ☐ No IDENTIFICACION: 1023887302 LUGAR EXPEDICION: BOGOTA (Ciudad/Municipio) FECHA EXPEDICION: 2007-08-21 (AAAA/MM/DD)

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

FECHA NACIMIENTO: 1989-07-23 LUGAR NACIMIENTO: BOGOTA PAIS NACIMIENTO: COLOMBIA NACIONALIDAD: COLOMBIANA

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ CASADO ☐ DIVORCIADO(A) ☐ VIUERO(A) ☐ EN LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: NUMERO DE HIJOS: TELEFONO CELULAR:

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAESTR ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER ☐ OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLÓGICO ☐ CUAL: ING. INDUSTRIAL PROFESION / OFICIO: CONTRATISTA

DIRECCION RESIDENCIA: CARRERA 7 ESTE# 32-45 SUR CIUDAD RESIDENCIA: BOGOTA DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C. PAIS RESIDENCIA: COLOMBIA TELEFONO RESIDENCIA: 2079046

CORREO ELECTRONICO: deivid24@hotmail.com PORTAL O PAGINA INTERNET: NO APLICA TIPO DE VIVIENDA: PROPIA ☒ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

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

TIPO DE IDENTIFICACION: C.C. ☐ C.I. ☐ R.C. ☐ NUP ☐ NUMERO IDENTIFICACION: LUGAR EXPEDICION: (Ciudad/Municipio) FECHA EXPEDICION: (AAAA/MM/DD)

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

<div>  <div> Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. </div> </div> <div> 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 </div> <div> CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22 </div>									
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:									
ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGEAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: <div></div>					
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCiante ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐						
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐	OTRA ☐	OTRA ☐						
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	CÓDIGOS CLAVE ACTIVIDAD ECONOMICA			
		NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	8211 <div></div>			
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐	NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐	NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐	NO ☒	
FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA						
SI ☐	NO ☒	SI ☐	NO ☐	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE					
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐	SECTORES ☒	OTRO ☐	# NIT	9001959051			
EXPORTACIONES ☐	AGRICOLA ☐	ENERGETICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	INDUSTRIA ☐	ALIMENTOS ☐	MEDICAMENTOS ☐	OTRO ☐	
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	PAIS			
CRA 5 # 33 A 45		3444484	BOGOTA		CUNDINAMARCA	COLOMBIA			
CARGO ACTUAL		AUXILIAR DE FACTURACION			FECHA VINCULACION				
4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO									
NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD			FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD		
N/A	N/A	N/A	N/A			N/A	N/A		
5. INFORMACIÓN FINANCIERA									
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS			
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES		AHORROS		SALDO HIPOTECA			
HONORARIOS	\$ 1.410.000	ARRENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO			
ARRENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS			
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS			
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*			
TOTAL INGRESOS	\$ 1.410.000	TOTAL EGRESOS	\$ 0	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0		
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS			
N/A		N/A		N/A		N/A			
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			
SOLEDAD				WILLIAN		JAVIER			
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR			
CALLE 32B SUR # 7-45		BOGOTA		VECINO		3212195024			
7. REFERENCIA FINANCIERA									
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		SUCURSAL		TELEFONO	
DAVIVIENDA		AHORROS		570008480377707		20 DE JULIO			
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒									
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		PAIS/CIUDAD		MONEDA	
N/A		N/A		N/A		N/A		N/A	
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS									
IMPULSION ☐	EXPOSICION ☐	TRANSFERENCIA ☐	PRESTAMO ☐	PAGO SERVICE ☐	CUAL: ☒				

 <p>Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL	CÓDIGO: ET-CAFT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS		
<p>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".</p>		
<p>1. Que los recursos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):</p>		
<p style="font-size: 1.2em; color: red;">Auxiliar Facturación</p>		
<p>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)</p>		
<p>3. No admitir 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.</p>		
<p>4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas</p>		
<p>5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.</p>		
<p>6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.</p>		
<p>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.</p>		
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS		
<p>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.</p>		
<p>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.</p>		
<p>Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.</p>		
<p>1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes) 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT 3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150% 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar) 6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad) APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</p>		
<p>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.</p>		
CONSIDERACIONES		
<p>1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo 2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley. 3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes. 4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:</p>		

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entendiéndose por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900 959 051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, demandante, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidad mencionada a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fascolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos, que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail varlufra@subredcentroorientee.gov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)

9. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: www.subredcentroorientee.gov.co/ en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES "

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Carlos David Patiño S.

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:			

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CARLOS DAVID PATIÑO SABOGAL identificado(a) con CC 1023887302 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 09/07/2018

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO QUIROGA

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 13 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,

13 DIC 2018

LESLEY JIBETH ROMAN BERNAL
APRENDIZ SENA - PRODUCTIVA
EPS FAMISANAR S.A.S



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **CARLOS DAVID PATIÑO SABOGAL**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,023,887,302**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

Medellín, 13 de diciembre de 2018

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.**

CERTIFICA:

Que CARLOS DAVID PATINO SABOGAL identificado(a) con cédula de ciudadanía 1023887302 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 23/08/2018

Fecha fin cobertura: 31/03/2019

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10238873021834754681

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

13/12/2018 3.11 PM

Medellín, 13 de diciembre de 2018

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.**

CERTIFICA:

Que CARLOS DAVID PATINO SABOGAL identificado(a) con cédula de ciudadanía 1023887302 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 25/07/2018

Fecha fin cobertura: 09/08/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10238873021834754681

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

13/12/2018 3.11 PM

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

**CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119194509**



WEB

18:15:41

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 13 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) CARLOS DAVID PATIÑO SABOGAL identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1023887302:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 13 de diciembre de 2018, a las 18:00:49, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1023887302
Código de Verificación	1023887302181213180049

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 18:08 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL VEINTITRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS DOS**

1023887302

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:

La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

Tres o más sanciones disciplinarias en los últimos cinco (5) años por faltas graves o leves dolosas o por ambas, constituye inhabilidad para desempeñar cargos públicos (Numeral 2, art. 38 - Ley 734 de 2002).

Certificado expedido de conformidad con el artículo 102 numeral 5 del Decreto Ley 1421 de 1993, Ley 734 de 2002 y las Resoluciones Nos. 328 del 27 de junio de 2002, 042 del 14 de febrero de 2003 y 616 del 10 de noviembre de 2004, de la Personería de Bogotá D.C.

Para todos los efectos esta certificación debe ser complementada con la expedida por la Procuraduría General de la Nación.

El presente certificado tiene vigencia de tres (3) meses a partir de la fecha de su expedición.

Certificado expedido sin costo alguno.



ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_UCXJV_0818**

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

Correo: david patiño sabogal - x Policia Nacional de Colombia x +

← → ↻ 🔒 https://antecedentes.policia.gov.co:7005/WebJudicial/formAntecedentes.xhtml 🔍 ☆ D ⋮

YouTube Pinterest Messenger Instagram Google+ Twitter Facebook

 **POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA**

INICIO INSTITUCIÓN CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 18:10:42 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **1023887302**
Apellidos y Nombres: **PATÍÑO SABOGAL CARLOS DAVID**

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

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

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

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

Volver al Inicio

Carrera 27 N° 18 - 41 (Palcoquemao), 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 DC: (571) 5150111 / 0110

CERTIFICADO DE P....pdf ^ CAD_12_UCXJV_08....pdf ^ CERTIFICADO DE P....pdf ^

Mostrar todo X

 0:11 14/12/2018



CERTIFICADO

BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

13/12/2018

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CARLOS DAVID PATINO SABOGAL** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1023887302**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

CUENTA DE AHORRO PROGRAMADO QUE A LA FECHA SE ENCUENTRA INMOVILIZADA

N#mero **0570008480377707**

Fecha de apertura **15/06/2018**

Teniendo a la fecha una antigüedad de **6** meses.

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN TALENTO HUMANO FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS		CÓDIGO: AP-TH-FT-013 VERSIÓN: 06 FECHA: 2018-10-02	
A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA					
PROCESO SOLICITANTE:		FECHA:	12/14/2018	Nº FOLIOS	
NOMBRE DEL CANDIDATO	Carlos David Patiño Sabogal		DOCUMENTO:	1023887302	
TELEFONO	3134690390		ACTIVIDAD SOLICITADA:		
NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES). TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE					
B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO					
NECESIDAD DE PERSONAL OPS					
SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					
CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					
SI ☐ NO ☐					
C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO					
1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI	☒		
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI	☒		
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI	☒		
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☒		
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	☒	N/A	☐
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	☒	N/A	☐
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	☐	NO	☐
8	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☐	N/A	☒
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	☒	N/A	☐
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI	☒	N/A	☐
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	☒		
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT); CÓDIGO CIU 8211	SI	☒		
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☒		
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☒	N/A	☐
15	TARJETA PROFESIONAL	SI	☐	N/A	☒
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARÍA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	☐	N/A	☒
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	☐	N/A	☒
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI	☐	N/A	☒
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	☐	N/A	☒
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☒		
21	CERTIFICADO ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa)	SI	☐	N/A	☒
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	☐	N/A	☒
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGÍA (Medico, Enfermera, Bacteriologo, Citoistotecnologo, Histocitotecnologo) Resolución 2003 de 2014	SI	☐	N/A	☒
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI	☐	N/A	☒
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI	☐	N/A	☒
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	☐	N/A	☒
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI	☐	N/A	☒
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI	☐	N/A	☒
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI	☒		
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: FAMISANAR	SI	☒		
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: PORVENIR	SI	☒		
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: SURA	SI	☒		
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☒		
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento y N° de cuenta)	SI	☒		
D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN					
Vº/Bº Responsable Talento Humano		Fecha:			
Vº/Bº Dirección Talento Humano		Fecha:			

		<p align="center">SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN TALENTO HUMANO FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS</p>	<p>CÓDIGO: AP-TH-FT-013 VERSIÓN: 06 FECHA: 2018-10-02</p>
INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO			
TODA LA DOCUMENTACIÓN DEBE SER PERFECTAMENTE LEGIBLE (NÍTIDA)			
DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO			
1	SOPORTE DE INSCRIPCIÓN SECOP II	Adjuntar pantallazo de la inscripción como proveedor al SECOP II	
2	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	<p>Diligenciar el formato en medio magnético o manuscrito legible TODOS los campos</p> <p>Sección 1: Verificar que vaya registrado No. de documento;</p> <p>Sección 2: Registrar la información pertinente.</p> <p>Sección 3: Relacionar solamente la experiencia que tenga soporte en físico y cumpla como mínimo la experiencia requerida en el formato de necesidad. Se excluyen de certificación los hospitales que ahora hacen parte de la subred. Preferiblemente que no registren experiencia anterior al 2007.</p> <p>Sección 4: Totalizar la experiencia laboral y que especialmente esté incluida en la sección 3.</p> <p>Sección 5: Marcar con una X el manifiesto de causales de inhabilidad para ejercer cargos públicos. En caso de que se diligencie la opción "SI" no será posible realizar el contrato. Debe registrarse la fecha y firma del candidato (No es válido escribir el nombre en computador)</p> <p>Sección 6: No se diligencia ningún campo.</p>	
3	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	<p>Diligenciar todos los campos incluyendo los familiares en primer grado de consanguinidad.</p> <p>Marcar con una X la casilla de actualización.</p> <p>En el literal A debe diligenciarse el valor de los ingresos percibidos en todo el año 2016.</p> <p>Relacionar como mínimo la cuenta bancaria en la que la subred consigna los honorarios.</p> <p>Relacionar los bienes que se posean.</p> <p>Relacionar obligaciones (deudas) si las tienen.</p> <p>Si están casados o tienen sociedad conyugal de hecho deben diligenciar los datos del cónyuge.</p> <p>Firmar (No es válido escribir el nombre en computador)</p> <p>Registrar la fecha)</p>	
4	DIPLOMAS ACADÉMICOS	Deben ser legibles y completos. Los profesionales NO deben anexar documentos de bachiller. Para médicos y Odontólogos especialistas y Sub-especialistas aportar el título académico respectivo.	
5	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	Solamente deben anexarse los relacionados con el cargo y que se encuentren vigentes (solo los realizados en los últimos 10 años máximo)	
6	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	No aplica para estudios realizados en Colombia.	
7	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TÍTULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	Anotar en las observaciones el No de registro y la fecha.	
8	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	<p>Diligenciar todos los campos: nombre de la institución, nombre de quien hace la solicitud, título obtenido y datos de contacto</p> <p>Solamente para técnicos y profesionales (no aplica para bachilleres, ni para cursos no formales)</p> <p>Solamente debe diligenciarse el de los estudios que soportan el cargo a cubrir (si se requiere como profesional universitario y ha realizado posgrados, solo diligencia el de la formación de pregrado).</p>	
9	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA	Anexar solamente los registrados en la hoja de vida y que demuestren la experiencia solicitada. No son válidas las copias de contratos, ni certificaciones sin logos, sellos o teléfono y dirección de contacto de la empresa.	
10	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%		
11	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CHU _____ FECHA _____	<p>Verificar que la actividad económica tenga relación con las actividades a desempeñar en la Subred y que los datos de identificación y ubicación estén vigentes. Si no es así debe ser actualizado.</p> <p>No hay restricción de que en el formato haya registrada más de una actividad económica.</p>	
12	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	Verificar que la actividad económica relacionada sea la misma que se requiere para el ejercicio del cargo y relacionada en el RUT	
13	LIBRETA MILITAR (Hombres)	Solo aplica para menores de 50 años. Para personas que no la tengan, deben presentar un soporte actualizado de que se está realizando el trámite y firmar el compromiso de entregar la libreta como máximo en 18 meses.	
14	TARJETA PROFESIONAL	Para profesionales. En caso de estar en trámite firmar compromiso de entrega en máximo 3 meses.	
15	RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	Todo personal que preste sus servicios de en el área asistencial debe realizar el registro ante la SDS y anexar el soporte.	
16	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	Todo personal de salud debe realizar el registro ante la SDS y anexar el soporte.	
17	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	Solo para profesionales en Medicina, Enfermería, Odontología y Derecho. En caso de estar en trámite firmar compromiso de entrega en máximo 2 meses.	
18	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes/ 6 meses / 1 año - 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	<p>El esquema completo (3 dosis) tiene vigencia de 10 años.</p> <p>En caso de no contar con las 3 dosis debe presentar titulaciones y se revisará:</p> <p>*Si el resultado está entre 0 y 4,9 debe reiniciar el esquema, presentar al menos la primera dosis y firmar el compromiso de entregar copia de cada nueva dosis aplicada hasta completar el esquema.</p> <p>*Si el resultado está entre 5 y 9,9 debe aplicarse un refuerzo, presentar el soporte y firmar el compromiso de entregar nueva titulación en 60 a 90 días.</p> <p>*Si el resultado está entre 10 y 99 tiene vigencia de 6 meses</p> <p>*Si el resultado está entre 100 y 999 tiene vigencia de 2 años.</p> <p>*Si el resultado está entre 1000 y 9999 tiene vigencia de 5 años.</p> <p>*Si el resultado es mayor a 10000 tiene vigencia de 6 años.</p> <p>*** Después pasada la vigencia debe aplicar refuerzo</p> <p>Aplica para personal administrativo que preste servicios al usuario en las sedes asistenciales (orientadores, trabajadoras sociales, personal de PQR, entre otros)</p>	
19	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	Verificar fecha de emisión. Tiene validez de 3 años máximo	
20	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años Verificar fecha de emisión. Tiene validez de 4 años máximo	
21	CERTIFICADO SOPORTE VTIAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	Requerido para Personal Asistencial, Auxiliar Ambulancias, todo el personal de atención domiciliaria, NO MÉDICOS. Tiene vigencia de 2 años. Médico y odontólogo que realice procedimientos bajo sedación Grado I y II, personal asistencial del servicio de Internación Hospitalaria y Parcial para la Atención al Consumidor de Sustancias Psicoactivas	

22	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental(psiquiatra, enfermera, y medico general, personal APH)	Requerido para médicos de urgencias, personal de atención ambulatoria de SPA y salud mental (psiquiatría, enfermera y médico general) personal APH,Medico general de servicio de Hemodialisis. Tiene vigencia de 2 años
23	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	Solo para conductores de ambulancia, personal no asistencial del servicio de Internación Hospitalaria y Parcial para la Atención al Consumidor de Sustancias Psicoactivas
24	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA EL USO CLÍNICO Y PRÁCTICO DE OXIDO NITROSO. (Odontólogos)	Requerido para Odontólogos que realizan sedación en odontología con este gas
25	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS Y SISTEMAS DE GASES MEDICINALES. (Profesional, Tecnólogo o Técnico)	Requerido para personal de mantenimiento de equipos biomédicos
26	CERTIFICADO DE FORMACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL EN ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES.	Requerido para personal asistencial de los servicios de Urgencias, Hospitalización y Consulta Externa.
27	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN DE INMUNOBIOLOGICOS. (Auxiliar Enfermería)	Requerido para Auxiliares de Enfermería de los Servicios de Vacunación Intramural y Extramural
28	CERTIFICACIÓN ACADÉMICA DE CADA UNA DE LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS OFERTADAS (Profesional medicina)	Requerido para médicos de los servicios de medicina alternativa.
29	CONSTANCIA DE ASISTENCIA A CURSOS O ACTIVIDADES DE FORMACIÓN EN ASUNTOS DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON EL SISTEMA DE SELECCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS, "TRIAGE	Requerido para personal responsable del Triage según Resolución 5596 de 2015
30	CAPACITACION PERSONAL EN EMERGENCIA OBSTETRICA (Personal asistencial)	Requerido para personal asistencial de Urgencias y servicios Obstétricos por Modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud)
31	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE MUESTRA (Enfermera y Auxiliar I Enfermería)	Requerido para enfermera y auxiliar de enfermería de los servicios de hospitalización, urgencias y quirúrgicos, Laboratorio Clínico.
32	CERTIFICADO DE FORMACIÓN ACADÉMICA EN LOS CONOCIMIENTOS DEL MANEJO E INTERPRETACIÓN DEL ULTRASONIDO (Medico con especialidad medico-quirúrgica)	Requerido para médicos con especialidad médico-quirúrgica, que en su formación académica hayan adquirido los conocimientos del manejo e interpretación del ultrasonido.
33	CERTIFICADO DE FORMACION EN LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO OFERTADO Y SOPORTE VITAL BASICO PARA DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR NO INVASIVO (Enfermera)	Requerido para procedimientos de Diagnostico Cardiovascular No Invasivo
34	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA EL MANEJO DE TRANSFUSIÓN SANGÜÍNEA.(Bacteriologa)	Requerido para Bacteriologa del Servicio Transfusional
35	CERTIFICADO DE FORMACIÓN DEL PROCESAMIENTO DE LAS TÉCNICAS ESPECIALIZADAS OFERTADAS EN LABORATORIO CLINICO (Bacteriologa)	Requerido para servicio especializados en áreas del Laboratorio Clínico.
36	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGÍAS. (Médico o enfermera o bacteriólogo o citohistotecnólogo o histocitotecnólogo.)	Requerido para personal involucrado en la toma de muestra citología cervico uterina
37	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN DEL PACIENTE NEONATAL.(medicos, enfermeras, auxiliares terapeutas y nutricionista)	Requerido para el personal asistencial de servicio Cuidado Basico Neonatal, Cuidado Intermedio Neonatal, excepto el medico especialista
38	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN EL CONTROL DEL PACIENTE EN SALUD MENTAL.(Médico general, enfermeras, auxiliares y terapeutas)	Requerido en Servicio de Internación Parcial, Hospitalización en salud Mental a excepción del medico Psiquiatra
39	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN CLÍNICA. (Psicologo)	Requerido en Servicio de Internación Parcial, Hospitalización en Salud Mental, Internación Hospitalaria y Parcial para la Atención al Consumidor de Sustancias Psicoactivas
40	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN DEL PACIENTE DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO (enfermeras, auxiliares terapeutas y nutricionista)	Requerido para personal asistencial a excepción de los especialistas en cuidado intensivo.
41	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN CONTROL DEL PACIENTE DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS. (Medico General)	Requerido para medico general del Servicio Cuidado Intermedio adulto
42	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN DEL PACIENTE DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS (enfermeras, auxiliares terapeutas y nutricionista)	Requerido para todo el personal (enfermeras, auxiliares terapeutas y nutricionista) del servicio a excepción de los especialistas en medicina crítica y cuidado intensivo.
43	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL. (Enfermera)	Requerido para enfermera del servicio Cuidado Intensivo Neonatal a excepción que se tenga postgrado de cuidado intensivo neonatal
44	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN DEL PACIENTE NEONATAL.(Enfermeras, auxiliares terapeutas y nutricionista)	Requerido para todo el personal asistencial (enfermeras, auxiliares terapeutas y nutricionista) del servicio Cuidado Intensivo Neonatal excepto los especialistas en neonatología.
45	CERTIFICADO DE LA FORMACIÓN DE LA GESTIÓN OPERATIVA DE LA DONACIÓN (Médico especialista en Cuidado Intensivo Pediátrico, médico especialista en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo)	Requerido para médicos especialistas los servicios de Cuidado Intensivo Pediátrico y Adulto
46	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN DEL PACIENTE DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO (enfermeras, auxiliares terapeutas y nutricionista)	Requerido para todo el personal (enfermeras, auxiliares terapeutas y nutricionista) del servicio de Cuidado Intensivo Pediátrico a excepción de los especialistas en cuidado intensivo.
47	CERTIFICADO DE FORMACIÓN DEL CONTROL DEL PACIENTE DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS. (Enfermera)	Requerido para enfermera a excepción de que se tenga postgrado medicina crítica y cuidado intensivo
48	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN DEL PACIENTE DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS ((enfermeras, auxiliares terapeutas y nutricionista)	Requerido para todo el personal (enfermeras, auxiliares terapeutas y nutricionista) del servicio cuidado intensivo adultos, a excepción de los especialistas en medicina crítica y cuidado intensivo.
49	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN INSERCIÓN Y RETIRO DE IMPLANTE SUBDERMICO (Enfermera)	Requisito de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud , para la prestación de servicios de protección específica y detección temprana.
50	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ASESORIA VIH (Enfermera)	Requisito de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud , para la prestación de servicios de protección específica y detección temprana.
51	CERTIFICACION DE FORMACION EN EMERGENCIA OBSTETRICA (Personal asistencial de los servicios de Obstetricia y Urgencias)	Requisito para personal asistencial de los servicios de urgencias y obstétricos por Modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica en instituciones de salud)
52	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN CONTROL DE LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN DIÁLISIS RENAL (Medico genral)	Requisito para medico general de servicios de Hemodialisis
53	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN DEL PACIENTE EN DIÁLISIS RENAL (enfermera y Auxiliar de enfermería)	Requisito para enfermera y/o auxiliar de enfermería que presten servicios de Hemodialisis Extramural en Servicios de Unidad de Cuidado Intensivo u Hospitalización
54	CERTIFICADO DE FORMACIÓN DE LA TERAPIA ALTERNATIVA OFERTADA EN EL ÁMBITO EXCLUSIVO DE SU DISCIPLINA.. (profesionales del área de la salud)	Requisito para profesionales del área de la salud que presten servicios de terapias alternativas
55	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE FUNCIÓN PULMONAR(Enfermera, terapeuta respiratoria, fisioterapeuta o auxiliar de enfermería)	Requisito para Enfermera, terapeuta respiratoria, fisioterapeuta o auxiliar de enfermería disponibles en el Laboratorio Pulmonar
56	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE HEMODINAMIA (Cardiólogo)	Requisito para Cardiólogo del servicio de Hemodinamia se exceptúa médico especialista en hemodinamia o cirugía cardiovascular
57	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA LA ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SALUD MENTAL.	Requisito para el talento humano asistencial del servicio de Internación Hospitalaria y Parcial para la Atención al Consumidor de Sustancias Psicoactivas , Atención al Consumidor Sustancias Psicoactivas y Atención Institucional No Hospitalaria al Consumidor De Sustancias Psicoactivas
57	CERTIFICADO DE LA FORMACIÓN PARA EL APOYO AL CUIDADO DEL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA. (Auxiliar enfermería)	Requisito para auxiliares de enfermería del servicio de atención domiciliar del paciente crónico con ventilador
58	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN EL MANEJO DE LA TECNOLOGÍA	Requisito para personal asistencial que presta directamente el servicio bajo la modalidad de telemedicina
59	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	Solo para conductores de vehículos y motos
60	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	Solo para conductores de vehículos y motos
61	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado	

62	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: _____	Vigencia máxima de 1 mes. Verificar que el certificado no diga beneficiario o amparado, debe decir cotizante independiente o mixto. Registrar el nombre de la EPS en el espacio correspondiente
63	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____	Con vigencia mínima de 1 mes. Registrar el nombre del fondo en el espacio correspondiente
64	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE: _____	
65	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	Vigencia de máxima de 3 meses y que no cuente con inhabilidad vigente. Verificar que el nombre y número de cédula esté correcto
66	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	
67	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	
68	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	
69	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)	