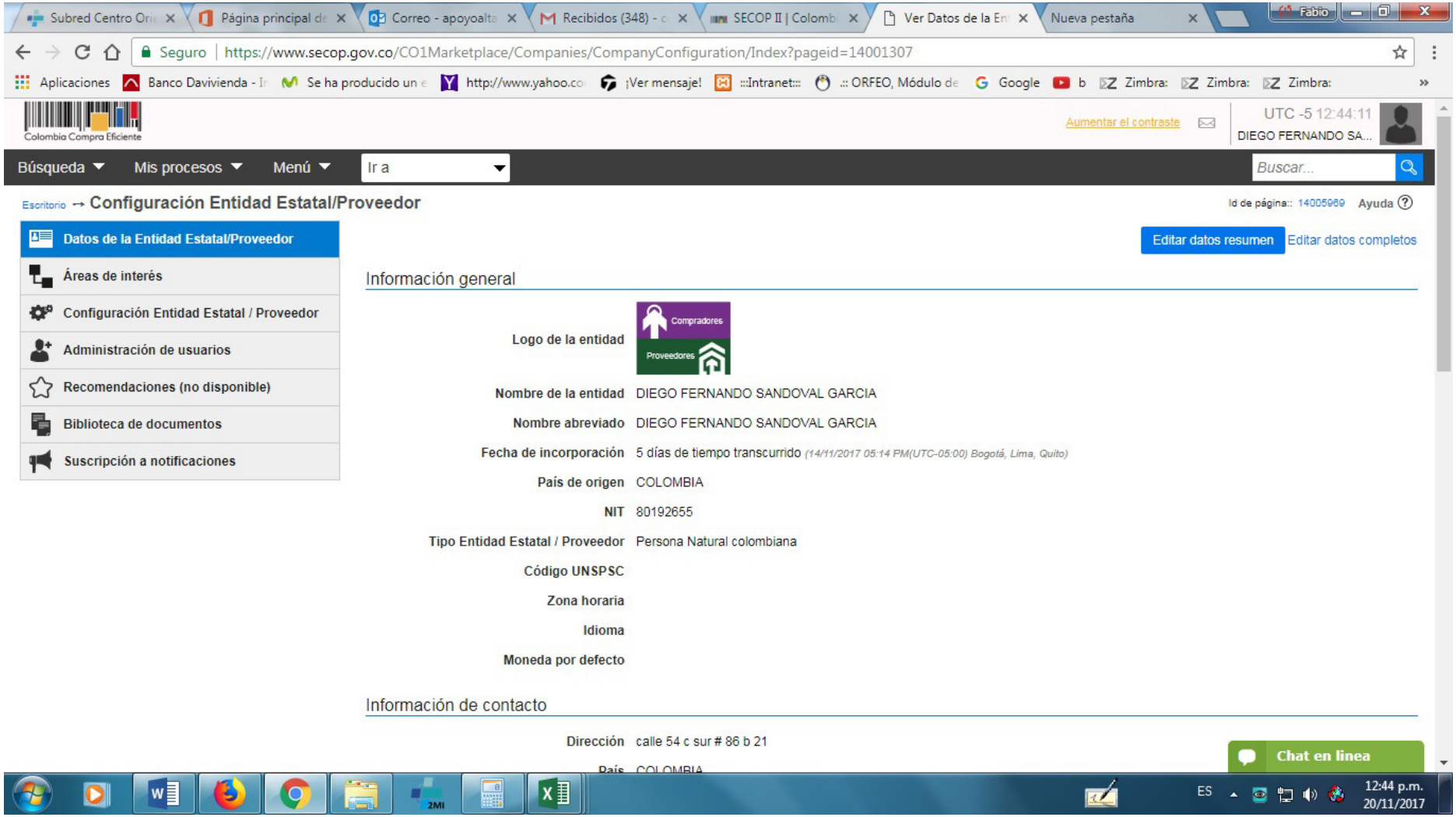
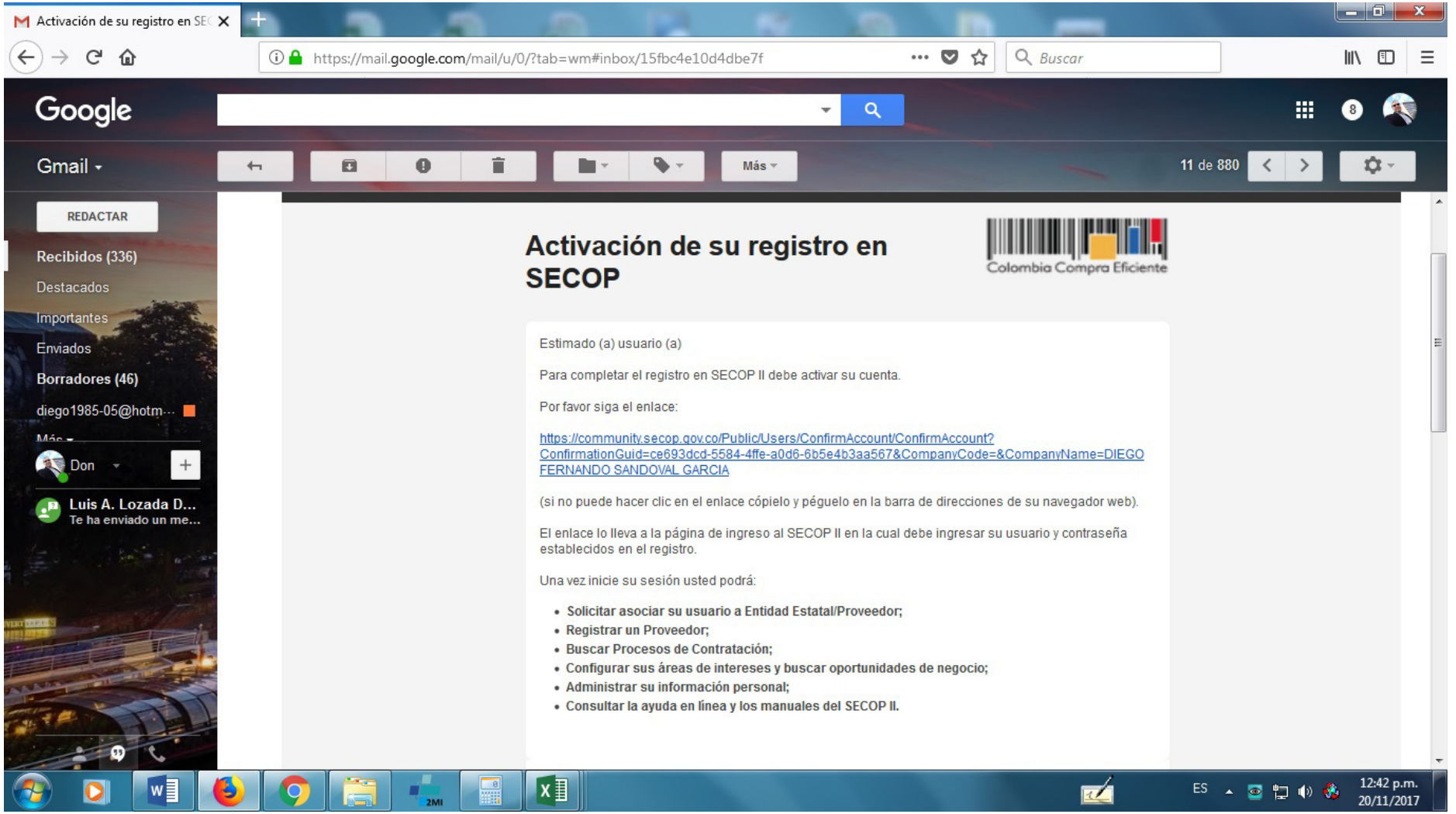
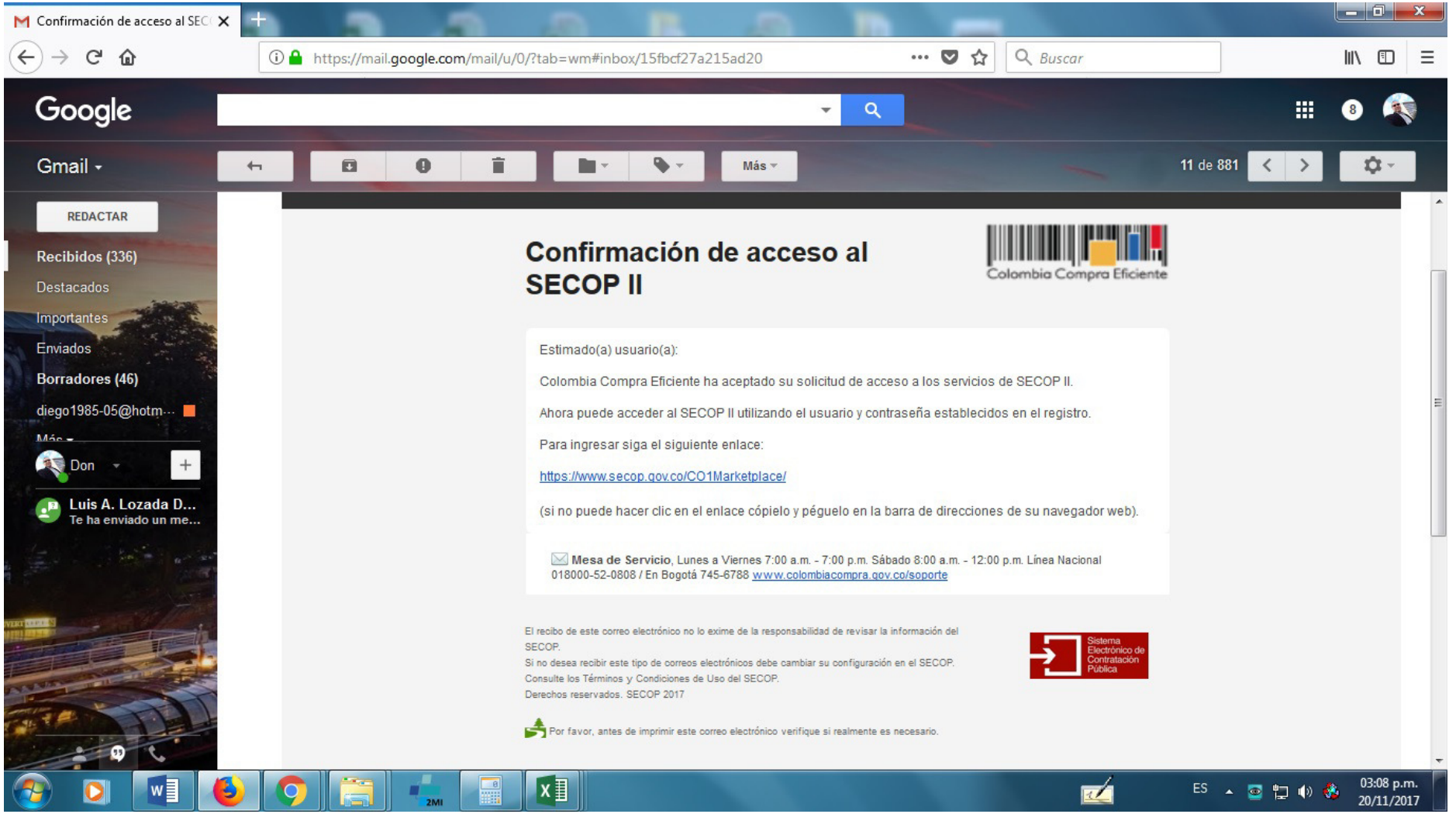



Subred Centro Ori
Página principal de
Correo - apoyoalta
Recibidos (348) - c
SECOP II | Colomb
Ver Datos de la En
Nueva pestaña
Fabio
Seguro | https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyConfiguration/Index?pageid=14001307
Aplicaciones
Banco Davivienda - Ir
Se ha producido un e
http://www.yahoo.co
¡Ver mensaje!
:::Intranet:::
.:: ORFEO, Módulo de
Google
b
Zimbra:
Zimbra:
Zimbra:
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 12:44:11
DIEGO FERNANDO SA...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Configuración Entidad Estatal/Proveedor
Id de página:: 14005969
Ayuda
Datos de la Entidad Estatal/Proveedor
Áreas de interés
Configuración Entidad Estatal / Proveedor
Administración de usuarios
Recomendaciones (no disponible)
Biblioteca de documentos
Suscripción a notificaciones
Editar datos resumen
Editar datos completos
Información general
Logo de la entidad
Compradores
Proveedores
Nombre de la entidad DIEGO FERNANDO SANDOVAL GARCIA
Nombre abreviado DIEGO FERNANDO SANDOVAL GARCIA
Fecha de incorporación 5 días de tiempo transcurrido (14/11/2017 05:14 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
País de origen COLOMBIA
NIT 80192655
Tipo Entidad Estatal / Proveedor Persona Natural colombiana
Código UNSPSC
Zona horaria
Idioma
Moneda por defecto
Información de contacto
Dirección calle 54 c sur # 86 b 21
País COLOMBIA
Chat en linea
ES
12:44 p.m.
20/11/2017


Activación de su registro en SEC
https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=wm#inbox/15fbc4e10d4dbe7f
Buscar
Google
Gmail
Más
11 de 880
REDACTAR
Recibidos (336)
Destacados
Importantes
Enviados
Borradores (46)
diego1985-05@hotm...
Don
Luis A. Lozada D...
Te ha enviado un me...
Activación de su registro en SECOP
Colombia Compra Eficiente
Estimado (a) usuario (a)
Para completar el registro en SECOP II debe activar su cuenta.
Por favor siga el enlace:
https://community.secop.gov.co/Public/Users/ConfirmAccount/ConfirmAccount?ConfirmationGuid=ce693dcd-5584-4ffe-a0d6-6b5e4b3aa567&CompanyCode=&CompanyName=DIEGO FERNANDO SANDOVAL GARCIA
(si no puede hacer clic en el enlace cópielo y péguelo en la barra de direcciones de su navegador web).
El enlace lo lleva a la página de ingreso al SECOP II en la cual debe ingresar su usuario y contraseña establecidos en el registro.
Una vez inicie su sesión usted podrá:
Solicitar asociar su usuario a Entidad Estatal/Proveedor;
Registrar un Proveedor;
Buscar Procesos de Contratación;
Configurar sus áreas de intereses y buscar oportunidades de negocio;
Administrar su información personal;
Consultar la ayuda en línea y los manuales del SECOP II.
ES
12:42 p.m.
20/11/2017


Confirmación de acceso al SEC
https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=wm#inbox/15fbcf27a215ad20
Buscar
Google
Gmail
Más
11 de 881
REDACTAR
Recibidos (336)
Destacados
Importantes
Enviados
Borradores (46)
diego1985-05@hotm...
Más
Don
Luis A. Lozada D...
Te ha enviado un me...
Confirmación de acceso al SECOP II
Colombia Compra Eficiente
Estimado(a) usuario(a):
Colombia Compra Eficiente ha aceptado su solicitud de acceso a los servicios de SECOP II.
Ahora puede acceder al SECOP II utilizando el usuario y contraseña establecidos en el registro.
Para ingresar siga el siguiente enlace:
https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/
(si no puede hacer clic en el enlace cópielo y péguelo en la barra de direcciones de su navegador web).
Mesa de Servicio, Lunes a Viernes 7:00 a.m. - 7:00 p.m. Sábado 8:00 a.m. - 12:00 p.m. Línea Nacional 018000-52-0808 / En Bogotá 745-6788 www.colombiacompra.gov.co/soporte
El recibo de este correo electrónico no lo exime de la responsabilidad de revisar la información del SECOP.
Si no desea recibir este tipo de correos electrónicos debe cambiar su configuración en el SECOP.
Consulte los Términos y Condiciones de Uso del SECOP.
Derechos reservados. SECOP 2017
Sistema Electrónico de Contratación Pública
Por favor, antes de imprimir este correo electrónico verifique si realmente es necesario.
ES
03:08 p.m.
20/11/2017

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

Última Actualización: 13-dic-2018

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| SANDOVAL | GARCIA | DIEGO FERNANDO |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80192655

*SEXO*: F ( ) M (X)

*NACIONALIDAD*: COL (X) EXTRANJERO ( )

*LIBRETA MILITAR*: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 80192655 D.M 13

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 13 MES MAR AÑO 1985

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

calle 54c sur 86b-21

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7232879

EMAIL dondiego8505@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

*EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA*

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

| *EDUCACIÓN BASICA* | | | | | | | | | | | *TITULO* bachiller academico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| *1°.* | *2°.* | *3°.* | *4°.* | *5°.* | *6°.* | *7°.* | *8°.* | *9°.* | *10°.* | *11°.* | MES NOVIEMBRE AÑO 2003 |
| | | | | | | | | | | X | |

*EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)*

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

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

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

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

| *MODALIDAD ACADÉMICA* | *No. SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO SI* | *GRADUADO NO* | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO* | *TEMINACIÓN MES* | *TEMINACIÓN AÑO* | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TC | 2 | X | | TECNICO EN MANTENIMIENTO Y ENSAMBLE DE COMPUTADORE | 10 | 2005 | |

*DOMINIO DE IDIOMAS*

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

| *IDIOMA* | *LO HABLA* | | | *LO LEE* | | | *LO ESCRIBE* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| Ingles | | | X | | | X | | | X |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

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

SIDEAP

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: subred centro oriente | PÚBLICA: X | PRIVADA: | PAÍS: Colombia |
| DEPARTAMENTO: Bogotá D.C. | MUNICIPIO: Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | |
| TELÉFONOS: 3444484 | FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 5 AÑO 2016 | FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO | |
| CARGO O CONTRATO: tecnico de sisterras | DEPENDENCIA: sistemas | DIRECCIÓN: Dg. 34 #5-43 | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: hospital santa clara | PÚBLICA: X | PRIVADA: | PAÍS: Colombia |
| DEPARTAMENTO: Bogotá D.C. | MUNICIPIO: Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | |
| TELÉFONOS: 3282828 | FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 1 AÑO 2015 | FECHA DE RETIRO: DIA 30 MES 4 AÑO 2016 | |
| CARGO O CONTRATO: tecnicos de sistemas | DEPENDENCIA: sistemas | DIRECCIÓN: Cra. 14b #1-45 sur | |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD: makrosoft | PÚBLICA: | PRIVADA: X | PAÍS: Colombia |
| DEPARTAMENTO: Bogotá D.C. | MUNICIPIO: Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: | |
| TELÉFONOS: 4204421 | FECHA DE INGRESO: DIA 15 MES 5 AÑO 2012 | FECHA DE RETIRO: DIA 1 MES 1 AÑO 2015 | |
| CARGO O CONTRATO: tecnico de soporte | DEPENDENCIA: sistemas | DIRECCIÓN: carrera 80 No. 5c 68 | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

Última Actualización: 13-dic-2018

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

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

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | | |
|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>TECHNODIGITAL | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*<br>Bogotá D.C. | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>tdtechnodigital@tdtechnodigital.com | |
| *TELÉFONOS*<br>3618711 | *FECHA DE INGRESO*<br>DIA 15 MES 6 AÑO 2010 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DIA 31 MES 12 AÑO 2011 | |
| *CARGO O CONTRATO*<br>tecnico de sistemas | *DEPENDENCIA*<br>sistemas | | *DIRECCIÓN*<br>Calle 26b No 12i 30 | |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | | |
|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>A S COMPUTADORES | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*<br>Bogotá D.C. | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>talentohumano@ayscomputadores.com.co | |
| *TELÉFONOS*<br>7560700 | *FECHA DE INGRESO*<br>DIA 5 MES 3 AÑO 2009 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DIA 4 MES 8 AÑO 2009 | |
| *CARGO O CONTRATO*<br>tecnico de sistemas | *DEPENDENCIA*<br>sistemas | | *DIRECCIÓN*<br>Cr22 83 40 | |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | | |
|---|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*<br>makrosoft de colombia ltda | | *PÚBLICA* | *PRIVADA*<br>X | *PAÍS*<br>Colombia |
| *DEPARTAMENTO*<br>Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*<br>Bogotá D.C. | | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*<br>administracion@makrosoft.com.co | |
| *TELÉFONOS*<br>4204421 | *FECHA DE INGRESO*<br>DIA 23 MES 1 AÑO 2007 | | *FECHA DE RETIRO*<br>DIA 14 MES 1 AÑO 2009 | |
| *CARGO O CONTRATO*<br>tecnico de sistemas | *DEPENDENCIA*<br>sistemas | | *DIRECCIÓN*<br>kra 60 no 5c 68 | |

## 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 | 3 | 6 |
| PRIVADO | 6 | 6 |

## 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 |
| PARTICULAR | 0 | 0 |
| TOTAL | 10 | 1 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

*Ciudad y fecha del diligenciamiento* Bogotá 14 diciembre /2018

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

# FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

Última Actualización: 13-dic-2018

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DIEGO FERNANDO SANDOVAL GARCIA

**IDENTIFICADO CON** C.C. ⊗ C.E. ○ T.I. ○ **No.** 80192655 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

**Dirección** calle 54c sur 86b-21 **Teléfonos** 3112859681 7232879

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| JUAN DAVID SANDOVAL NIÑO | 1028670924 | HIJO(A) |
| LEONOR GARCIA RODRIGUEZ GARCIA | 41613480 | MADRE |
| FERNANDO SANDOVAL CLAVIJO SANDOVAL | 19262207 | PADRE |

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 | $ 18.300.000,00 |
| 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 | $ 18.300.000,00 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| BANCO DE BOGOTA | AHORROS | 102656204 | SAN ANTONIO | $ 10.000,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| BANCOLOMBIA | CREDITO | $ 10.400.000,00 |

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO UNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

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

SIDEAP

Última Actualización: 13-dic-2018

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

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

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

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

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

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

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

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

## 3. FIRMA



FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

# La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

Y en su nombre

# El Colegio Alexander Humboldt

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

Según resolución no. 8743 de Diciembre 3 de 2001

Confiere a:

## *DIEGO F. SANDOVAL GARCIA*

Identificado(a) con C.C. No. 80.192.655 de Bogota

El título de

## Bachiller Académico

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

Rector

Secretaria

Libro de registro no. 047 Folio no. 057 Del Colegio.

Dado en Bogotá D.C. a 27 de Noviembre 2003.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y el Instituto de Formación Empresarial y del Trabajo "IFET" Colsubsidio

En el Marco del Programa Jóvenes en Acción, licitación pública
00004 de 2006
Contrato N° 000106 del 8 de agosto de 2006,
Hacen constar que:

DIEGO FERNANDO SANDOVAL GARCIA

Con documento de identificación Número 80.192.655 de bogotá

Cursó y aprobó el programa de formación
AYUDANTE DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE HARDWARE
con una duración de 600 horas
En testimonio de lo anterior se firma en Bogotá D.C. a los veinte (20) días del mes de Junio de Dos Mil Siete (2007)

EDITH OLIVERA MARTINEZ
DIRECTORA DE EMPLEO Y TRABAJO
SENA

STELLA PARAMO ROCHA
DIRECTORA
INSTITUTO DE FORMACIÓN EMPRESARIAL Y DEL TR
"IFET" COLSUBSIDIO

ALCALDIA LOCAL DE BARRIOS UNIDOS

ESCUELA SUPERIOR
DE ADMINISTRACION PUBLICA

CERTIFICAN QUE:

# *DIEGO FERNANDO SANDOVAL*

Participó en el Plan de Estudios
correspondiente a:

## ***TECNICO EN MANTENIMIENTO Y ENSAMBLE DE COMPUTADORES***

Con una intensidad de 960 horas

Bogotá D.C. Octubre de 2005

**MAURICIO ARIAS ARANGO**
**Director Nacional**
**ESAP**

**ARMANDO CORREA MARÍN**
**Coordinador Unidad Ejecutora**
**ESAP - FODESEP**

# Acta de Grado

683
Inscripción S.E
311001018693
DANE

En la Ciudad de Bogotá D.C. a los veintisiete **(27)** días del mes de noviembre del año 2003, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría del:

## COLEGIO ALEXANDER HUMBOLDT

Institución aprobada hasta NUEVA VISITA en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, Para otorgar el Titulo de Bachiller en la Modalidad ACADEMICO según resolución 8743 del 3 de diciembre de 2001.
Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el **TITULO DE BACHILLER ACADEMICO** al graduando cuyo nombre, apellidos y número del documento de identificación se relaciona a continuación:

**SANDOVAL GARCIA DIEGO FERNANDO**

**C.C. 80.192.655 Bogotá**

Es fiel copia del Acta original general No. **028** de fecha 27-11-03 que consta de **53** alumnos que comienza con el nombre de **ANGEL NIÑO ANTONIO JOSÉ** y se cierra con el nombre de **YUZURIHA OCHOA TAKUSHI.**

Firmado y sellado por **LUIS HUMBERTO CORREDOR HERNANDEZ** (Rector) y **DIANA MARGARITA CORREDOR HERNANDEZ** (Secretaria).

Dada en Bogotá D.C. a los 27 días del mes de noviembre de 2003.

Firmado y Sellado

**El Rector**
C.C. No.6´765.800 de Tunja

**La Secretaria**
C.C. No. 40´022.115 de Tunja

Colsubsidio

**EL SECRETARIO ACADEMICO DEL INSTITUTO DE FORMACIÓN EMPRESARIAL Y DEL TRABAJO COLSUBSIDIO**

**Resolución No. 3220 del 25 de agosto de 2006**

(Antes Instituto de Educación No Formal Colsubsidio e Instituto de Educación No formal Comfenalco)

## CERTIFICA QUE:

DIEGO FERNANDO SANDOVAL GARCIA identificado(a) con cédula de ciudadanía número 80.192.655 expedida en Bogotá, cursó y aprobó los módulos correspondientes al curso Ayudante de Mantenimiento Preventivo de Hardware del programa Jóvenes en acción con una intensidad total de Seiscientas (600) horas académicas.

Bogotá D.C.,Mayo 07 de 2007

Cordialmente,

**SECRETARIO ACADÉMICO**



Calle 26 # 25-50 Conmutador: 343 1899 - Fax: 340 2690 - A.A. 8573 Audioservicios Colsubsidio: 343 0080 Bogotá, D.C. www.colsubsidio.com

Escuela Superior de Administración Pública

# La Escuela Superior de Administracíon Pública

ACTA DE GRADO

28/10/2005

CONSIDERANDO

**Que: DIEGO FERNANDO SANDOVAL GARCIA** identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 80.192.655

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS POR LA ESAP EN CONVENIO CON LA ALCALDIA LOCAL DE BARRIOS UNIDOS Y RESUELVEN OTORGARLE EL TITULO DE:

## TÉCNICO EN MANTENIMIENTO Y ENSAMBLE DE COMPUTADORES

En constancia de lo anterior se firma la presente en Bogotá D.C. a los Veintiocho (28) dias del mes de Octubre de Dos Mil Cinco (2005)

**MAURICIO ARIAS ARANGO**
**DIRECTOR NACIONAL**
**ESAP**

**ARMANDO CORREA MARÍN**
**COORDINADOR UNIDAD EJECUTORA**
**ESAP-FODESEP**

La República de Colombia
y en su nombre

# UNIAPEL

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santa Fe de Bogotá D.C. según Resolución No. 2567 del 27 de Julio de 2000

Confiere a:

## Diego Fernando Sandoval García

Identificado con CC No. 80.192.655 de: Bogotá-Cundinamarca.

La Certificación de:

## Mantenimiento y reparación de impresoras.

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación No Formal, según los planes y programas vigentes establecidos por la Institución.

Dado en Bogotá D. C. a 15 de diciembre de 2007
Anotado al Folio 242 Libro de Registro No 1712

Presidente Grupo Aitel

Director Uniapel

Grupo Apel

Bogotá D.C

Señores:

Esap convenio con alcadia local de barrios unidos

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Diego Fernando Sandoval garcia 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:

Tecnico en mantenimiento y ensamble de computadores.
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 80192655

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto: calle 54 c sur # 86 b-21 calle 180

Teléfono: 7232879

COMPUTADORES
Alquiler y Servicio
Su respaldo tecnológico

**A & S COMPUTADORES S.A.**
**NIT 830.103.661-2**

**CERTIFICA:**

Que el señor **DIEGO FERNANDO SANDOVAL GARCIA** identificado con cédula de ciudadanía No. 80.192.655 de Bogotá, laboró en esta empresa desde el 5 de Marzo de 2009 hasta el 4 de Agosto de 2009 en el cargo de Técnico con una asignación mensual de $700.000 mil pesos.

La presente certificación se expide en Bogotá, a solicitud del interesado el cinco (5) de Agosto de 2009.

Cordialmente,

COMPUTADORES S.A.
NIT 830.103.661-2

**PEDRO ANDRES VARGAS LOPEZ**
**Director de Talento Humano**

Copia: hoja de vida

10 años
Surgimos por ti !!!

atencionalcliente@ayscomputadores.com.co
asesoriacomercial@ayscomputadores.com.co
asistenciait@ayscomputadores.com.co
PBX: 618 5744 · FAX: 256 3538
Bogotá, D.C. · Colombia

ICONTEC CERTIFICADO ISO 9001 Certificado No. SC 3344-1
IQNet CERTIFICADO MANAGEMENT SYSTEM

# A QUIEN CORRESPONDA

**Ref: Certificación laboral**

Con la presente nos permitimos certificar que el señor **DIEGO FERNANDO SANDOVAL GARCIA** identificado con cedula de ciudadanía **No. 80.192.655 de Bogotá** laboró en **Makrosoft De Colombia Ltda** desde el 23 de Enero de 2007 hasta 14 de Enero del 2009 desempeñando el cargo como Técnico en Sistemas, por prestación de servicios.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 4 días del mes de Marzo de 2009.

Sin otro en particular

Cordialmente,

**José Moreno Sarmiento**
**Representante legal**

Ventas y soporte Técnico
Cra. 60 No. 5C - 68 Nva. / Bogotá Colombia
PBX: 420 44 21 / E-mail: ventas@makrosoft.com.co
www.makrosoft.com.co

**TechnoDigital**

***Tecnología Digital a su Alcance***
***NIT. 900.345.030-7***

***A QUIEN INTERESE***

Por medio del presente documento certifico que el señor **DIEGO FERNANDO SANDOVAL GARCIA** identificado con cédula de ciudadanía número 80.192.655 de Bogotá, laboró con la empresa **TD TechnoDigital S.A.S** bajo la modalidad de contrato de prestación de Servicios en el Hospital la Victoria como Técnico de sistemas 15/06/2010 al 31/12/2011.

Las actividades desarrolladas durante el periodo mencionado fueron:

-Administración de los sistemas operativos y al soporte a los usuarios de los computadores centrales o corporativos, con el objetivo de garantizar la continuidad del funcionamiento de las máquinas y del "software".

-Mantenimiento de Aplicaciones: Corrección de errores, adaptación de los programas a nuevas necesidades (nuevas normativas, cambios organizativos)

-Mantenimiento de los equipos e impresoras, detección y resolución de daños.

-Puesta a punto y actualizaciones de sistemas operativos.

- Gestión de cuentas de usuario y asignación de recursos a las mismas.

La anterior certificación se expide en Bogotá D.C, a los Veintiocho (28) días del mes de junio de 2013.

Para confirmación de datos comunicarse con el teléfono 363 83 30 o al móvil 312-546 34 51.

Cordialmente,

**GERMAN DANILO PARRAGA ORTEGÓN.**
**C.C- 79.903.570**
**NIT. 900345030-7**
**Representante Legal TD TechnoDigital SAS**



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80.192.655

SANDOVAL GARCIA
APELLIDOS

DIEGO FERNANDO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-MAR-1985
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

17-MAR-2003 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00252996-M-0080192655-20100830 0023640052A 2 1190892647

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

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

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 16-08-2018
Hora: 8:41:21 AM


**CONTRIBUYENTE** NIT 80192655-8 DIEGO FERNANDO SANDOVAL GARCIA

**Información General**

*Dirección* CL 54C SUR 80B 21

*Teléfonos* 7232879-3112859681

*Dirección electrónica* dondiego8505@gmail.com

*Fax*

**Información de Registro**

*Fecha Inscripción* 01/01/2007

*Soporte Inscripción* 15705870

*Fecha Inicio Actividades* 27/03/2008

*Fecha Cese Actividades*

*Fecha de Informe del Cese*

*# Establecimientos:* 0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Juridica* PERSONA NATURAL

*Régimen Tributario* REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

*Fecha Inicio Financiera:*

Código de Verificación de Información: 17001839277

***Fuente ICA TE TOCA***

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14488454758

(415)7707212489984(8020) 000001448845475 8

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

## IDENTIFICACION

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

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| SANDOVAL | GARCIA | DIEGO | FERNANDO |

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

## UBICACION

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

41. Dirección principal
CL 54 C SUR 80 B 21 BRR BOSA CHICALA

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| dondiego8505@gmail.com | | 7 2 3 2 8 7 9 | 5 4 9 8 5 6 8 |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

# 12- Ventas régimen simplificado

### Obligados aduaneros

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

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 8 1 0 1 8 Año Mes Día

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre SANDOVAL GARCIA DIEGO FERNANDO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO 80192655

APELLIDOS Y NOMBRES
SANDOVAL GARCIA
DIEGO FERNANDO
PERTENECE AL EJERCITO DE

| 1ª LÍNEA 31 - DIC | 2ª LÍNEA 31 DIC | 3ª LÍNEA 31 - DIC |
|---|---|---|
| 2015 | 2025 | 2035 |

PROFESIÓN BACHILLER

FECHA DE EXP: 14 SEP 2010

CDTE. DE DISTRITO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
COPNIA
Consejo Profesional Nacional de Ingeniería

CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL
DE INGENIERIA - COPNIA

RADICADO:
S2017NAL00002059
FECHA: 21/03/2017 10:32:10
DESTINO: DIEGO FERNANDO SANDOVAL GARCIA
FOLIOS: 2

Bogotá, D.C.

Señor
**DIEGO FERNANDO SANDOVAL GARCÍA**
dondiego8505@gmail.com

**Asunto: Respuesta a su solicitud E2017WEB00054902**

Cordial saludo:

En atención a su solicitud nos permitimos manifestarle que, de acuerdo a su diploma adjunto, la profesión obtenida como **Técnico en Mantenimiento y Ensamble de Computadores** tal cual lo menciona, no es competencia de nuestra entidad, debido a que el Consejo Profesional Nacional de Ingeniería – COPNIA, es la entidad nacional de Derecho Público[1] de carácter sui generis, creada mediante la Ley 94 de 1937, reglamentada por los artículos 25, 26, 27 y siguientes de la Ley 435 de 1998, la Ley 842 de 2003 y la Ley 1325 de 2009, cuya función administrativa es la inspección, control y vigilancia del ejercicio de la ingeniería, de sus profesiones afines y de sus profesiones auxiliares, en cumplimiento del Artículo 26 de la Constitución, por el riesgo social que implica su ejercicio siendo las ocupaciones, artes u oficios que no impliquen riesgo social de **libre ejercicio**, según lo dispuesto en el mismo artículo, careciendo este Consejo para ejercer inspección y vigilancia sobre ellas.

El Certificado de Inscripción Profesional, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 3°, de la Ley 842 de 2003, se expide a los profesionales auxiliares de la Ingeniería que ejercen en el nivel medio, como auxiliares de los Ingenieros, amparados por un título académico en las modalidades educativas de formación técnica y tecnológica profesional, conferido por instituciones de educación superior legalmente autorizadas.

En tal sentido, la expedición de los Certificados de Inscripción Profesional para las profesiones auxiliares a la Ingeniería (Técnicas Profesionales o Tecnológicas) se establece como un requisito necesario para ejercer una profesión que implica riesgo social con el fin de que el Estado, a través del **COPNIA,** ejerza la inspección y vigilancia del ejercicio de estas profesiones.

La actividad de los Técnicos Laborales y Técnicos, como el que nos refiere de **Técnico en Mantenimiento y Ensamble de Computadores**, está enmarcada en la educación no formal o educación para el trabajo, sin que se certifique la formación en una profesión del nivel medio superior a los que se refieren las leyes 30 de 1992 y 749 de 2002, sino la aptitud para el desempeño laboral operativo de una actividad, de **libre ejercicio**, siempre y cuando no se inmiscuya en actividades propias de los Ingenieros, profesionales afines o auxiliares, so pena de incurrir en ejercicio ilegal de una profesión reglamentada en los términos del Artículo 13, de la Ley 842 de 2003.

El presente documento es expedido con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria según lo establecido en la Ley 527 de 1999



Documento firmado digitalmente. CVD [http://gdocumental.copnia.gov.co/invesiteCSVJ: qi8bFfPWHPkWz7USxhau http://www.copnia.gov.co
El documento consta de un total de:2 página/s. Página 1 de 2.

No obstante, si se trata de un título de educación para el trabajo o Certificados de Aptitud Profesional (o C.A.P.) no procede la expedición del Certificado de Inscripción Profesional, pues esta formación, sólo otorga capacitación para realizar actividades operativas y artesanales, que son de **libre ejercicio**.

En estos términos consideramos resueltas sus inquietudes, indicándole que tiene las implicaciones previstas en el Artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Para mayor información comuníquese con la línea de atención al usuario, en Bogotá al 3220191 o a nivel nacional al 018000-116590.

Cordialmente,

**MARICELA OYOLA MARTINEZ**
**Profesional Especializado**

**Proyecta:** YOANH ANDRÉS ROJAS SCARPETTA - Técnico Administrativo

Documento firmado digitalmente. CVD [http://gdocumental.copnia.gov.co/invesiteCSVJ: qi8bFfPWHPkWz7USxhau http://www.copnia.gov.co
El documento consta de un total de:2 página/s. Página 2 de 2.

# CERTIFICADO MÉDICO LABORAL

Ciudad: Bogotá

Fecha de certificado: 5 de Octubre de 2018 Certificado de: Ingreso

## 1. DATOS PERSONALES

Nombre(s) y apellido(s): DIEGO FERNANDO SANDOVAL GARCIA
Cédula de ciudadanía N°: 80.192.655

Cargo: TECNICO DE SISTEMAS

## 2. CONCEPTO

El médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo referidas por el trabajador, emite que la persona identificada en el numeral 1 es:

APTO [▪]
APTO CON RESTRICCIÓN TEMPORAL [ ]
APTO CON RESTRICCIÓN DEFINITIVA [ ]
NO APTO [ ]

## 3. RECOMENDACIONES MEDICAS OCUPACIONALES

- Capacitación en higiene postural
- Pausas activas: cada 3 horas por 10 minutos.
- Uso de elementos de protección personal según exposición
- Hábitos nutricionales saludables
- Actividad física regular
- Seguimiento en sistema de inteligencia epidemiológica: No aplica
- Control periódico: No aplica
- Actualizar esquema de vacunación: INFLUENZA ANUAL.

## 4. RESTRICCIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

NINGUNA

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

**Firma Médico Ocupacional**
**L.S.O. N° 4626/2014**

**Firma del trabajador**
**c.c.** 80.192.655

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

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

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

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

| FECHA: | 2018-12-17 | CIUDAD: | BOGOTÁ | DEPARTAMENTO: | BOGOTÁ |
|---|---|---|---|---|---|

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

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

| PROVEEDOR | | PARTICULAR | | CONTRATISTA OPS | X | SERVIDOR PUBLICO | | OTRO | | CUAL: | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | | |
|---|---|---|---|---|---|
| SANDOVAL | GARCIA | DIEGO | FERNANDO | | |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C | X | C.E | | R.C | | 80192655 | BOGOTÁ | 2003-03-17 |
| PASAPORTE | | OTRO | | CUAL | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI | X | |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| [illegible] | BOGOTÁ | COLOMBIA | COLOMBIANO |

| ESTADO CIVIL | | | | | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| X | | | | | 3 | 1 | 3112859681 |

| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA | | | | | | | | | PROFESION / OFICIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MAGISTER | | POSGRADO | | UNIVERSITARIO | | BACHILLER | | PRIMARIA | | TECNICO | | TECNOLOGO | | TECNICO LABORAL |
| | | | | | | OTRO | | X | | | | | CUAL: | |

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| CALLE 54C SUR # 86B-21 | BOGOTÁ | BOGOTÁ | COLOMBIA | 7232879 |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| dg.rojas8505@gmail.com | | PROPIA | FAMILIAR X | ARRENDADA |

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

### 2. DATOS DEL CONYUGE

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

### 3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ASALARIADO | | ESTUDIANTE | | HOGAR | | PENSIONADO | | CUAL: | |
| SOCIO | | CONTRATISTA | X | COMERCIANTE | | EMPLEADO PUBLICO | | | |
| PROFESIONAL INDEPENDIENTE | | EMPLEADO SOCIO | | | | OTRA | | | |

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | DECLARA RENTA | | IVA | | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI | | SI | NO X | 8299 | |
| | | NO X | | JCA | SI NO X | PRINCIPAL: X | CUNDARIA: |

| GRAN CONTRIBUYENTE | SI | NO | AGENTE RETENEDOR | SI | NO X | AGENTE AUTORETENEDOR | SI | NO X |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

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

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

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

| FUNCIONARIO PUBLICO | ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA |
|---|---|---|
| SI ☐ NO ☒ | SI ☐ NO ☒ | SUBRED CENTROORIENTE |

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

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

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| DG 34 # 5-43 | 3448484 | BOGOTA | BOGOTÁ | COLOMBIA |

| CARGO ACTUAL | TECNICÒ EN SISTEMAS | FECHA VINCULACION | 2016-05-01 |
|---|---|---|---|

## 4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

## 5. INFORMACIÓN FINANCIERA

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | ACTIVOS | | PASIVOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALARIOS | | GASTOS FAMILIARES | $ 1.300.000 | AHORROS | | SALDO HIPOTECA | |
| HONORARIOS | $ 1.830.000 | ARRIENDOS | | INVERSIONES | | TARJETAS DE CREDITO | |
| ARRIENDOS | | CUOTA VEHICULO | | VEHICULOS | | DEUDA VEHICULOS | |
| COMISIONES | | CUOTA VIVIENDA | | PROPIEDADES | | DEUDAS TERCEROS | |
| OTROS INGRESOS* | | OTROS EGRESOS* | | OTROS ACTIVOS* | | OTROS PASIVOS* | |
| **TOTAL INGRESOS** | **$ 1.830.000** | **TOTAL EGRESOS** | **$ 1.300.000** | **TOTAL ACTIVOS** | **$ 0** | **TOTAL PASIVOS** | **$ 0** |

| DESCRIPCION OTROS INGRESOS | DESCRIPCION OTROS EGRESOS | DESCRIPCION OTROS ACTIVOS | DESCRIPCION OTROS PASIVOS |
|---|---|---|---|
| | | | |

## 6. REFERENCIAS PERSONALES

(Diferente a un familiar, no vive con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| RODRGIGUEZ | MUÑOZ | JAIVER | ALFONZO |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| CALLE 31 SUR #26B14 | BOGOTA/COLOMBIA | AMIGO | 3214826716 |

## 7. REFERENCIA FINANCIERA

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| BANCO DE BOGOTA | CUENTA DE AHORROS | 102650204 | SAN ANTONIO | 3057435 |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

## 8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

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

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

PRESTAR SERVICIOS INDEPENDIENTES COMO AUXILIAR DE SISTEMAS EN LA SUBRED CENTROORIENTE E.S.E

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

## 9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) dias, expedido por la Camara de Comercio (Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado ( si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

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

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

### CONSIDERACIONES

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

### AUTORIZACION

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

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

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

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

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

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

**NOTA:** Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

## IX. FIRMA Y HUELLA

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



**Firma Cliente / Representante Legal**



**Huella Indice Derecho**

## X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

## XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

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

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

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

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

| FECHA: 14/12/2018 | CIUDAD: Bogotá | DEPARTAMENTO: Bogotá |
|---|---|---|

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

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

| PROVEEDOR | PARTICULAR | CONTRATISTA OPS | PROVEEDOR PUBLICO | OTRO | CUAL: |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ | |

**1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL**

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Sandoval | Garcia | Diego | Fernando |

| TIPO DE IDENTIFICACION | No. IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|
| CC ☒ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐ | 80192655 | | 17-03-2003 |

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

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 13-03-1985 | Bogotá | Colombia | Colombiano |

| ESTADO CIVIL | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ | 3 | 1 | 3112859651 |

| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA | | | | | | | | PROFESION / OFICIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MAGISTER ☐ | POSGRADO ☐ | UNIVERSITARIO ☐ | BACHILLER ☐ | OTRO ☐ | PRIMARIA ☐ | TECNICO ☒ | TECNOLOGO ☐ | Tecnico laboral |

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| Cll 54c sur # 86b-21 | Bogotá | Bogotá | Colombia | 7252879 |

| CORREO ELECTRONICO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| diandiego3505@gmail.com | | PROPIA ☐ | FAMILIAR ☒ | ARRENDADA ☐ |

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

**2. DATOS DEL CONYUGE**

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| | | | |

| TIPO DE IDENTIFICACION | NUMERO IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|
| CC ☐ CE ☐ RC ☐ NUIP ☐ | | | |

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

**3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA**

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

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE | DECLARA RENTA | | | | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI ☐ | IVA | SI ☐ | NO ☒ | 8299 | |
| | NO ☒ | ICA | SI ☐ | NO ☒ | PRINCIPAL: ☒ | SECUNDARIA: ☐ |

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

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

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

CÓDIGO: ET-CA-FT-031
VERSIÓN: 09
FECHA: 2017-08-22

| FUNCIONARIO PUBLICO | ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| SI ☐ NO ☒ | SI ☐ NO ☒ | Subred Centrooriente | | | |
| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | GOBIERNO ☐ | SERVICIOS ☐ | VD ☒ | # NIT | 900.959.051-7 |

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

| DIRECCION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| Cra 34 # 5-43 | 3443484 | Bogotá | Bogotá | Colombia |
| CARGO ACTUAL | Tecnico en sistemas | | FECHA VINCULACION | 01-03-2016 |

**4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO**

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

**5. INFORMACIÓN FINANCIERA**

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | ACTIVOS | | PASIVOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALARIOS | | GASTOS FAMILIARES | 1300.000 | AHORROS | | SALDO HIPOTECA | |
| HONORARIOS | 1.830.000 | ARRIENDOS | | INVERSIONES | | TARJETAS DE CREDITO | |
| ARRIENDOS | | CUOTA VEHICULO | | VEHICULOS | | DEUDA VEHICULOS | |
| COMISIONES | | CUOTA VIVIENDA | | PROPIEDADES | | DEUDAS TERCEROS | |
| OTROS INGRESOS* | | OTROS EGRESOS* | | OTROS ACTIVOS* | | OTROS PASIVOS* | |
| TOTAL INGRESOS | 1.830.000 | TOTAL EGRESOS | 1.300.000 | TOTAL ACTIVOS | $ 0 | TOTAL PASIVOS | $ 0 |

| DESCRIPCION OTROS INGRESOS | DESCRIPCION OTROS EGRESOS | DESCRIPCION OTROS ACTIVOS | DESCRIPCION OTROS PASIVOS |
|---|---|---|---|
| | | | |

**6. REFERENCIAS PERSONALES**
(No debe ser familiar ni de la misma empresa del Cliente o Contraparte y debe ser residente en el territorio Colombiano)

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Rodriguez | Muñoz | Jenver | Alfonzo |
| DIRECCION | CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS | TIPO RELACION | TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR |
| Cll 31 Sur2 # 26b14 | Bogota / colombia | Amigo | 3214826416 |

**7. REFERENCIA FINANCIERA**

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

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

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

**8. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS**

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

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

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

## 9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

### CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal h) del articulo 2 de la Ley 581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentren contenidas 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 tambien seran tratados para fines comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

### AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 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 todas los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboracion de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de Tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

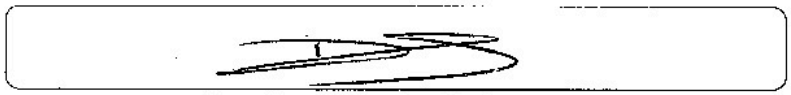
3. USUARIOS DE LA INFORMACION. Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finantidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Las operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan 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 de cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia 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.

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

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

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

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

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

| XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION | | |
|---|---|---|
| 1. Fecha | 2. Ciudad | |
| 3. Nombre y Cargo de quien verifica: | | |
| 4. Lugar de la verificación: | | |
| 5. Observaciones: | | |
| 6. Firma y cédula: | | |

**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**
**COMPENSAR EPS**
**NIT 860.066.942-7**

## HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) DIEGO FERNANDO SANDOVAL GARCIA identificado(a) con cedula ciudadania 80.192.655 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20170301 | No Registrada |

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

**Observaciones:**

**Con destino a:**
SUBRED CENTROORIENTE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
10270733



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

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.198.281**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **SANDOVAL GARCIA DIEGO FERNANDO** identificado(a) con **CC** número **80.192.655** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 24 de junio de 2013 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

**Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el dia 14 de diciembre de 2018.**

Cordialmente,

**Laura Patricia Merchan Metaute**
Dirección servicios transaccionales para clientes
**Protección S.A.**

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com clientes@proteccion.com.co

201810161535

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

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

# AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

| | |
|---|---|
| 80192655 | POSITIVA |
| Numero de Documento | ARL |

| | | | |
|---|---|---|---|
| DIEGO | FERNANDO | SANDOVAL | GARCIA |
| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 13/03/1985 | BOGOTA | CLL 54C SUR # 86B-21 | 7232879 |
| F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | Teléfono Fijo |

| | | |
|---|---|---|
| COMPENSAR | PROTECCION | $ |
| EPS - Salud | AFP - Pensiones | Honorarios |

| | |
|---|---|
| TECNICO DE SISTEMAS | |
| Objeto Contractual (Cargo) | Fecha Inicio del Contrato |

| | |
|---|---|
| dondiego8505@gmail.com | 3112859681 |
| Correo Electrónico | Celular |

| | |
|---|---|
| | |
| Firma del Afliado | Firma y Nombre Supervisor del Contrato |
| | C.C. |

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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 119169322

WEB
11:53:44


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) DIEGO FERNANDO SANDOVAL GARCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80192655:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 13 de diciembre de 2018, a las 11:56:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 80192655 |
| Código de Verificación | 801926551812131156 33 |

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

Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA**
**No. 2609449**

**Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 12:23 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: **OCHENTA MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO**

**80192655**

**NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES**

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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



**El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_3HRK7_2312**
**Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**

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 12:27:09 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80192655**
Apellidos y Nombres: **SANDOVAL GARCIA DIEGO FERNANDO**

**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.

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964-4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

**REFERENCIA BANCARIA**

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que SANDOVAL GARCIA DIEGO FERNANDO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 80.192.655 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 102656204, abierta/o desde el 07/01/2015.

Se expide en bogotà el dia 14 del mes de Diciembre del año 2018

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO