

Configuración Entidad Estatal/Proveedor

Logo de la Entidad Estatal/Proveedor

Areas de interés

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

Administración de usuarios

Recomendaciones (no disponible)

Biblioteca de documentos

Inscripción a notificaciones

Información general



Logo de la entidad

Nombre de la entidad Jeisson Andres Sanchez Fonseca

Nombre abreviado Jeisson Andres Sanchez Fonseca

Fecha de incorporación 14/12/2017 (AUT-05-001 Bogotá, Lima, Quito)

País de origen COLOMBIA

Tipo de documento Cédula de Ciudadanía

Número de documento 1015448602

Tipo Entidad Estatal / Proveedor Persona Natural colombiana

Código UNSPSC

Zona horaria

Idioma

Moneda por defecto

Información de contacto

Dirección Calle 43 Sur N° 72B-17

País COLOMBIA

Ciudad Distrito Capital de Bogotá

Municipio Bogotá

Código postal

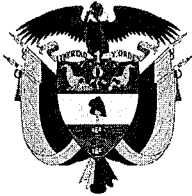
Teléfono de oficina 3505462876

Fax de oficina

Correo electrónico de la oficina jasanchez042@hotmail.com

Correo electrónico para jasanchez042@hotmail.com

notificaciones SECOP II



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SANCHEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) FONSECA	NOMBRES JEISSON ANDRES
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C ☒ C.E ☐ PAS ☐ No. 1015448602	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 1015448602 D.M 1		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 13 MES SEP AÑO 1994 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 45 Sur #72b-17 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3505462876 EMAIL jasanchez042@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 Académico
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	AÑO
										☒	DICIEMBRE	2011

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).

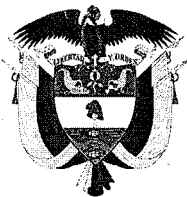
RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TL	4	X	TECNOLOGO EN ANALISIS Y DESARROLLO DE SISTEMAS DE INFORMACION	5 2014	
TL	3	X	TECNOLOGO EN DESARROLLO DE SOFTWARE		

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.
SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Última Actualización: 13-dic-2018

3

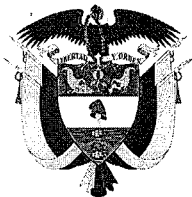
EXPERIENCIA LABORAL

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
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3444484	DÍA 24 MES 10 AÑO 2018		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Tecnico de Soporte	Bogotá D.C	Diagonal 34 N° 5 - 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3444484	DÍA 9 MES 2 AÑO 2018		DÍA 10 MES 10 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Tecnico de Soporte	Bogotá D.C	Diagonal 34 N° 5 - 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Colsof		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6244179	DÍA 20 MES 9 AÑO 2017		DÍA 2 MES 1 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Técnico de Servicio Nivel II	Sistemas	Transversal 44ª no 95-62	



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
E.S.E.
SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Última Actualización: 13-dic-2018

3

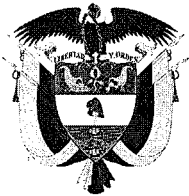
EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Asic Americas	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 376 9333	FECHA DE INGRESO DÍA 15 MES 12 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 27 MES 3 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO TECNICO DE SOPORTE JUNIOR	DEPENDENCIA sISTEMAS	DIRECCIÓN Carrera 7 N0 33 – 42	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Americas BPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 4100400	FECHA DE INGRESO DÍA 19 MES 5 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 10 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO Agente Soporte Téc S/Martín CCA Bogota	DEPENDENCIA Sistemas	DIRECCIÓN Sede Dorado Av. El Dorado No. 85D – 55	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Valoraciones Empresariales	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3125316008	FECHA DE INGRESO DÍA 24 MES 9 AÑO 2014		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 3 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO Auxiliar de Inventarios	DEPENDENCIA Logística	DIRECCIÓN Transversal 59 No. 104B – 86 Of. 503	



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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Activos S.A		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
5940500	DÍA 14 MES 5 AÑO 2014		DÍA 17 MES 6 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Agente Mesa de Control	Sistemas	CLL 70 No.9-32	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Expocafe S.A		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3437050	DÍA 24 MES 9 AÑO 2013		DÍA 15 MES 4 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Tecnologo Analisis y Desarrollo de Sistemas	Sistemas	Cra 7 n° 74-36	

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	9
PRIVADO	3	2
PARTICULAR	0	0
TOTAL	3	11

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).



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

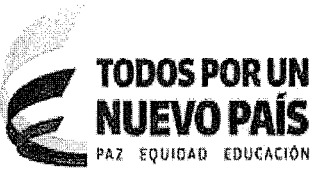
6

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



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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



SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 13-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JEISSON ANDRES SANCHEZ FONSECA
IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1015448602 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:
País Colombia Departamento Bogotá D.C. Municipio Bogotá D.C.
Dirección Calle 45 Sur #72b-17 Teléfonos 3505462876 3505462876

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Gilma Ines Fonseca Sanchez	23854884	MADRE
Alix Yuly Arguello Fonseca	52904403	HERMANO(A)
Roger Sanchez Gonzalez	1015405998	HERMANO(A)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,
PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐
QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 5.700.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 450.000,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 6.150.000,00

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
Bancolombia	AHORROS	23742734994	Morato	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Bancolombia	Tarjeta de Credito	\$ 200.000,00

Página 1 de 2

 TODOS POR UN NUEVO PAÍS <small>PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN</small>	FORMULARIO ÚNICO	ENTIDAD RECEPTORA
	DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
	Persona Natural (LEY 190 DE 1995)	SIDEAP <small>SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA</small> 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
Jessica Paola Patarroyo Avendaño	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	1030652493

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
La Secretaría de Educación de Bogotá, D. C.
y en su nombre el

Colegio La Toscana - Lisboa I.E.D.

"Educación para la Comunicación y la formación en Valores"

Entidad Oficial autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D. C., según Resolución No. 1794 del 14 de junio de 2002, modificada por Resolución No. 110177 de septiembre 23 de 2009

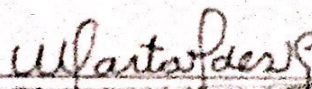
Confiere a:

Jeisson Andrés Sánchez Fonseca

T.I. No. 94091301240 de Bogotá, D.C.

El Título de **Bachiller Académico**

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media según los planes vigentes y Proyecto Educativo Institucional


Mg. Martha Patricia Hernández
Rectora


Clara Inés Rojas Román
Secretaria

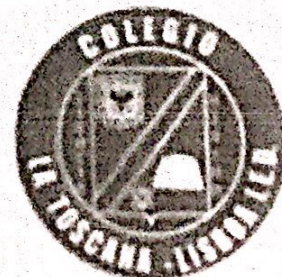
Registro Interno

Acta No. 001 Folio No. 003



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ, D.C.
EDUCACIÓN
Secretaría de Educación

Este documento no requiere ser registrado en la Secretaría de Educación de conformidad con el Decreto No. 925 del 6 de mayo del 2004 y Decreto No. 2280 de 2008, artículo 4º



Dado en Bogotá, D. C., a los 2 días del mes de diciembre de 2011



Libertad y orden
REPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

JEISSON ANDRES SANCHEZ FONSECA

Con Cedula de Ciudadania No. 1.015.448.602

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el*

Título de

**TECNÓLOGO EN
ANÁLISIS Y DESARROLLO DE SISTEMAS DE
INFORMACIÓN**

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Bogotá,
a los nueve (9) días del mes de mayo de dos mil catorce (2014)*

Firmado Digitalmente por
JOSE VICENTE INFANTE PULIDO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JOSE VICENTE INFANTE PULIDO
SUBDIRECTOR CENTRO PARA LA INDUSTRIA DE LA COMUNICACIÓN GRÁFICA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

8499681 - 09/05/2014

No y FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://verificadoc.sena.edu.co>, bajo el número 821706126425CC1011448602C.



Acta Individual de Graduación

Colegio La Toscana - Lisboa

Institución Educativa Distrital
"Educación para la Comunicación y la formación en valores"
Bogotá D.C.

Dane No. 11100194882

Nit.: 830.037.518 - 4

En la ciudad de Bogotá, D.C. a los dos (02) días del mes de diciembre de 2011 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por la Mg. Martha Patricia Hernández Gallo (Rectora) y Clara Inés Rojas Roncancio (Secretaria), en el cual el **COLEGIO LA TOSCANA - LISBOA**, Institución Educativa Distrital confirió el título de:

Bachiller Académico

a:

Jeisson Andrés Sánchez Fonseca

T.I. No. 94091301240 de Bogotá, D.C.

Quién cumplió con los requisitos académicos y las exigencias establecidas en los reglamentos y normas legales vigentes. Le fue otorgado el diploma que lo acredita como tal.

Esta Institución está aprobada en el nivel de Educación Media y Autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución No. 1794 de junio 14 de 2002, modificada por Resolución No. 110177 de septiembre 23 de 2009.

Es fiel copia del Acta original No. 01 de fecha 02 de diciembre de 2011.

Dada en Bogotá, D.C., a los dos (02) días del mes de diciembre de 2011

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981.

Mg. ~~Martha Patricia Hernández Gallo~~
C.C. No. 63.309.729 de Bucaramanga
Rectora

Clara Inés Rojas Roncancio
C.C. No. 41.794.222 de Bogotá
Secretaria

Nota: No requiere registro, según Decreto 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el M.E.N.



REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO PARA LA INDUSTRIA DE LA COMUNICACIÓN GRAFICA

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 8499601 - 09/05/2014

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: JEISSON ANDRES SANCHEZ FONSECA, Con Cedula de Ciudadania No. 1.015.448.602

**CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE
OTORGARLE EL TÍTULO DE:**

TECNÓLOGO EN ANÁLISIS Y DESARROLLO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

En constancia de lo anterior se firma la presente en Bogotá, a los nueve (9) días del mes de mayo de dos mil catorce (2014)

Firmado Digitalmente por
JOSE VICENTE INFANTE PULIDO
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JOSE VICENTE INFANTE PULIDO
SUBDIRECTOR CENTRO PARA LA INDUSTRIA DE LA COMUNICACIÓN GRAFICA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 921700326425CC1015448602A.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Centro Oriente Subred Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE		
Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos	Código EGT-FT-656	Macroproceso: Estratégico Proceso: Gerencia de Talento Humano	Página: 1 de 1 Versión: 02 Fecha: 2016-05-06

Bogotá, D.C

Señores

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo **JEISSON ANDRES SANCHEZ FONSECA**, 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE**, sobre la idoneidad de mi título académico como:

TECNOLOGO EN ANALISIS Y DESARROLLO DE SISTEMAS DE INFORMACION

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:



No. de documento:

1015448602

Tarjeta profesional No.:

Dirección de contacto:

Calle 45 sur N° 72b-17

Teléfono:

350 546 2876

Diagonal 34 5-43
 Código Postal 110311174
 Teléfono: 3444484
 NIT: 830077644-5
www.esecentrooriente.gov.co
subcentrooriente@saludcapital.gov.co



SECRETARÍA DE SALUD
 Hospital Centro Oriente Subred Centro Oriente E.S.E

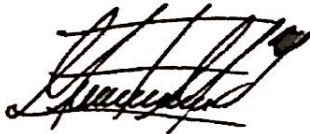


Cota, (Cundinamarca), 18 de octubre de 2018

CERTIFICACIÓN

Con la presente hacemos constar que el (la) Señor (a) **JEISSON ANDRES SANCHEZ FONSECA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. 1015448602, laboró en esta empresa desde el día 22 de septiembre de 2017 hasta el día 02 de enero de 2018, desempeñando el cargo de **TECNICO DE SERVICIO NIVEL II**, mediante contrato de trabajo por obra o labor.

Cordialmente,



MARIA EUGENIA MARTINEZ GALVIS
Representante Legal
C.C. 37828978

Zona Franca Metropolitana Bodega 55-56
Vereda Vuelta Grande, Cota - Cundinamarca
(Autopista Medellín a 3,5 Km del puente de Guadua, entrada por parcelas)
correo: contacto@colsof.com.co
Teléfono 2912000
www.colsof.com.co

LA GERENCIA DE GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

ASIC S.A.

NIT. 890.713.923 – 4

CERTIFICA

Que el señor **JEISSON ANDRES SANCHEZ FONSECA** identificado con Cedula de Ciudadania No. **1.015.448.602** laboro en nuestra compañía desde el **15 de Diciembre de 2015** hasta el día **27 de marzo de 2017**, desempeñando el cargo de **TECNICO DE SOPORTE JUNIOR** con un contrato a termino indefinido.

La presente constancia Se expide a solicitud del interesado el 27 de Marzo de 2017.



MIRYAM MARTINEZ
Gerente de Talento Humano
Carrera 7 N0 33 – 42
TEL: 376 9333 EXT: 1126



| www.asicamericas.com |

Bogota, 7 de Diciembre de 2017

El suscrito Gerente de Gestión Humana, a petición del interesado,

HACE CONSTAR

Que Jeisson Andres Sanchez Fonseca identificado con Cédula de Ciudadanía Número 1015448602 trabajó con contrato a termino fijo con interrupciones en las empresas de la Organización Carvajal en Colombia desde el 19 de Mayo de 2015 hasta el 30 de Octubre de 2015.

Su último cargo desempeñado fue: Agente Soporte Téc S/Martín CCA Bogota CO.

Atentamente,



Maria Victoria Gantivar Suarez
Gerente de Financiero

Para verificar informacion comunicarse con el Centro Global de Atencion de Gestion Humana en Cali (092) 6510550, Bogota (091) 4100400, Medellin (094) 3845600, Barranquilla (095) 3309800, marcando la extension 25000 opcion 4



VALORACIONES EMPRESARIALES SAS
Nit 830.097.305 - 9

CERTIFICA:

Que el señor **JEISSON ANDRES SANCHEZ FONSECA** identificado con cédula de ciudadanía No 1.015.448.602 de Bogotá, laboró en nuestra compañía desde el 24 de septiembre de 2014 hasta el 31 de marzo de 2015, como Auxiliar de Inventarios, con un contrato a término indefinido.

En el tiempo laborado se caracterizó por ser una persona responsable, honorable y cumplidora de sus deberes.

La presente se expide en Bogotá D.C. a los seis (06) días del mes de diciembre (12) del año dos mil diecisiete (2017).

Cordialmente,

JORGE WILSON GARCIA
GERENTE GENERAL

Bogotá:
(1) 226 14 92

Barranquilla:
(5) 360 48 88

Cali:
(2) 328 77 43

www.valoracionesempresariales.com
servicioalcliente@valoracionesempresariales.com

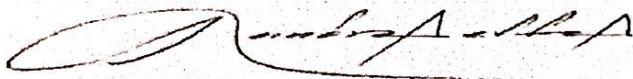
NIT: 860,090,915

CERTIFICACION

Que el Señor SANCHEZ FONSECA JEISSON ANDRES identificado con Cedula De Ciudadania número 1,015,448,602, laboro en nuestra empresa a partir del 14 de Mayo de 2014 hasta el 17 de Junio de 2014, mediante un contrato de trabajo por el termino que dure la OBRA O LABOR, y en ejercicio del mismo fue asignado como trabajador en misión a la usuaria THOMAS GREG & SONS LIMITED S.A., desempeñándose en el cargo de AGENTE MESA DE CONTROL con una asignacion mensual de OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$800,000).

La presente certificación se expide en Bogotá, a solicitud del interesado a los 03 días del mes Julio de 2014 con destino a QUIEN INTERESE.

Atentamente,



SANDRA BELTRAN GUILLEN
GERENTE DE RECURSOS HUMANOS

LM: THOMAS GREG & SONS LIMITED S.A. - - 815857

NOTA: La presente certificación no es válida para Embajadas, Consulados, ni para diligencias judiciales.

Bogotá, 15 de Julio de 2014

Señores
AGENCIA PUBLICA DE EMPLEO SENA
Bogotá, D.C.

Apreciados señores:

Atentamente nos permitimos certificar que el señor JEISSON ANDRES SANCHEZ FONSECA, con cédula de ciudadanía No. 1.015.448.602 de Bogotá realizó su práctica productiva en la especialidad de Tecnólogo en Análisis y Desarrollo de Sistemas de Información en la compañía desde el 24 de septiembre de 2013 al 15 de abril de 2014, realizando funciones propias al cargo de Auxiliar de Sistemas; desmostando su compromiso con las responsabilidades que asume y su capacidad profesional.

Cordial Saludo,


XIMENA MALAGON RAMOS
JEFE DE RECURSOS HUMANOS

Ximena M.
Copia: Historia Laboral



Cra. 7 No. 74 - 36 Piso 3 PBX (571) 343 7050 Fax (571) 343 7070
www.expocafe.com mainbox@expocafe.com
Bogotá, Colombia

BUSINESS ALLIANCE FOR SECURE COMMERCE

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 1.015.448.602

SANCHEZ FONSECA

APELLIDOS

JEISSON ANDRES

NOMBRES



[Handwritten signature]
Firma



FECHA DE NACIMIENTO 13-SEP-1994

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.72

ESTATURA

O+

G S. RH

M

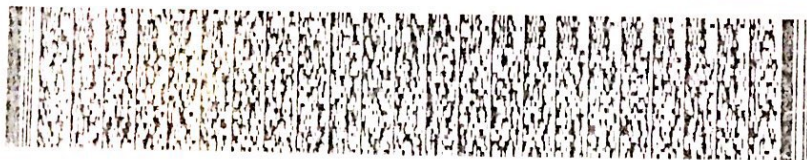
SEXO

14-SEP-2012 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

IMPORTE DEFECTUOSO



P-1560150-00404711 M-1315448602 20121012

0031391261A 1

38902497

	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		001
2. Concepto 0 2 Actualización Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario 14410020231	
		 <small>(415)7707212489984(8020) 000001441002023 1</small>	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 1 5 4 4 8 6 0 2 - 3		14. Buzón electrónico 3 2	
IDENTIFICACION			
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2		27. Fecha expedición: 2 0 1 2 0 9 1 4	
25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3		26. Número de identificación: 1 0 1 5 4 4 8 6 0 2	
Lugar de expedición COLOMBIA		29. Departamento: Bogotá D.C.	
28. País: COLOMBIA		30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.	
31. Primer apellido: SANCHEZ		32. Segundo apellido: FONSECA	
33. Primer nombre: JEISSON		34. Otros nombres: ANDRES	
35. Razón social:			
36. Nombre comercial:			
37. Sigla:			
UBICACION			
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C.	
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.		0 0 1	
41. Dirección principal: CL 45 SUR 72 B 17 TO 7 AP 302			
42. Correo electrónico: jasanchez042@hotmail.com		43. Código postal: 3 5 0 5 4 6 2 8 7 6	
44. Teléfono 1:			
45. Teléfono 2:			
CLASIFICACION			
Actividad económica		Ocupación	
46. Código: 8 2 9 9		51. Código: 1 2	
47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 2 0 9 2 4		52. Número establecimientos: 1 2	
48. Código: 6 2 0 9		49. Fecha inicio actividad: 2 0 1 2 0 9 2 4	
50. Código:			
Responsabilidades, Calidades y Atributos			
53. Código: 1 2			
12- Ventas régimen simplificado			
Obligados aduaneros		Exportadores	
54. Código:		55. Forma:	
56. Tipo:		57. Modo:	
58. CPC:		59. 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 ☒		60. No. de Folios: 0	
61. Fecha: 2 0 1 7 1 2 1 3		Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada:	
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:		984. Nombre GUERRERO GUERRERO ASTRID JOHANA 985. Cargo: Gestor I	



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA

Secretaría de Hacienda

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

Fecha: 19/10/2018

CONTRIBUYENTE

C.C. 1015448602

JEISSON ANDRES SANCHEZ FONSECA

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 45 SUR 72B 17 TO 7 AP 302 Teléfonos: 3505462876
Dirección electrónica: jasanchez042@hotmail.com Ciudad: Bogotá, D.C. Municipio: Bogotá DC
Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica:	PERSONA NATURAL	Régimen tributario:	SIMPLIFICADO	Fecha desde:	NO REGISTRA
Fecha inicio de Actividades:	24/09/2012	Fecha de cese de Actividades:	NO REGISTRA	No. Establecimientos:	0

Actividad 1: 6209 - Otras actividades de tecnologías de información y actividades de servicios informáticos

Actividad 2: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

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

Fuente: RIT-SHD



BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE DEFENSA
 MINISTERIO DE SALUD
 1015448602
 SANCIONADA Y ONSECA
 DEINSON ANDRÉS
 2014 2014 2014
 PROFESIONADO BLER
 FECHA DE ENTREGA: 28 MAR 2014



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL
 2013, 196 074681



1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
 - Celebrar contratos con cualquier entidad pública
 - Inscribir a la cámara administrativa
 - Inscribir personas de origen público
 - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior
2. En caso de convocatoria de reservas de llamamiento especial o de actualización, debe efectuar presentación inmediata en la ciudad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.



03583036

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



INTERVENIR SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT 900143900-2



CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1015448602-116539

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar: 23/09/2017 BOGOTÁ D.C	Tipo de Examen: PRE-INGRESO
Paciente: JEISSON ANDRES SANCHEZ FONSECA	Identificación: 1015448602
Género: MASCULINO	Teléfono: Móvil: 3505462876
Edad: 23	Cargo: ANALISTA
Fecha Nacimiento: 13/09/1994	EPS: FAMILIAR LTDA. CAFAM COLSUBSIDIO
Estado Civil: UNIÓN LIBRE	Escolaridad: TÉCNICO
Dirección: CL 48 SUR 87 86	
Empresa: COLSOF S.A.	

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

MEDICINA OCUPACIONAL SEGURIDAD/ERGONOMIA/HIGIENE BIOMECANICA Y COMPLEMENTARIAS PERTINENTES

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO

Observaciones: SEGURIDAD/ERGONOMIA/HIGIENE BIOMECANICA Y COMPLEMENTARIAS PERTINENTES

Tipo de Restricción

Condiciones, Factores, Agentes Asociados

Permanente

NO

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

ERGONOMICO

VISUAL

Información de Remisiones

NO

"En la fecha, Yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, incluidas las posibles complicaciones que puedan generarse, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto

De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado SI autorizo a INTERVENIR SALUD OCUPACIONAL S.A.S. para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales, y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a INTERVENIR SALUD OCUPACIONAL S.A.S. para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos, para fines de apertura y registro de historia clínica y anexos pertinentes"

Jairo Oviedo Salcedo
Jairo Oviedo Salcedo
Médico Especialista en Salud Laboral
Código Profesional: 140170010



Jeisson Andres Sanchez Fonseca

JAIRO OVIEDO SALCEDO

Médico Especialista en Salud Laboral

JEISSON ANDRES SANCHEZ FONSECA

Firma y cédula del Paciente

1015448602

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</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		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:	2018-12-14	CIUDAD:	BOGOTÁ D.C	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1. de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.					
CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)					
PROVEEDOR	☐	PARTICULAR	☐	CONTRATISTA OPS	☒
SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	
SANCHEZ		FONSECA		JEISSON	
SEGUNDO NOMBRE		ANDRES			
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		1.015.448.602		BOGOTÁ D.C / CUNDINAMARCA	
PASAPORTE ☐ OTRO ☐				ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)		PAIS NACIMIENTO	
1994-09-13		BOGOTÁ D.C / CUNDINAMARCA		COLOMBIA	
NACIONALIDAD:		COLOMBIANO			
ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO		NUMERO DE HIJOS
SOLTERO(A) ☐ CASADO ☐ DIVOR ☐ O(A) ☒ LIBRE			0		0
TELEFONO CELULAR					3505462876
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA					PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO TECNOLÓGICO ☐ BACHILLER OTRO ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☒					CUAL: TECNOLÓGICO LABORAL
DIRECCION RESIDENCIA:		CIUDAD RESIDENCIA		DEPARTAMENTO:	
CALLE 45 SUR N° 172B - 17		BOGOTÁ D.C		CUNDINAMARCA	
PAIS RESIDENCIA:		COLOMBIA			
TELEFONO RESIDENCIA		3505462876			
CORREO ELECTRONICO:		PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
JASANCHEZ042@HOTMAIL.COM				PROPIA ☐ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☒	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:		DEPARTAMENTO:	
				PAIS:	
				TELEFONO/FAX	
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:		PRIMER NOMBRE	
PATARROYO		AVENDAÑO		JESSICA	
SEGUNDO NOMBRE		PAOLA			
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐		1.030.652.493		BOGOTÁ D.C / CUNDINAMARCA	
FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)		1995-04-13			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐	
NACIONALIDAD:		COLOMBIANA			
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO ☐ SOCIO ☐ PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐		ESTUDIANTE ☐ CONTRATISTA ☒ EMPLEADO SOCIO ☐		HOGAR ☐ COMERCIANTE ☐	
PENSIONADO ☐ EMPLEADO PUBLICO ☐ OTRA: ☐		CUAL:			
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARA RENTA		CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐ NO ☒		IVA ☐ ICA ☐		8299 6209	
PRINCIPAL: ☒ SECUNDARIA: ☐					
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☒		AGENTE RETENEDOR		AGENTE AUTORETENEDOR	
SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒		SI ☐ NO ☒	

Secretaría de Salud

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO

FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CÓDIGO: ET-CA-FT- 011

VERSIÓN: 02

FECHA: 2017-08-22

FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA. RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA			
SI ☒ NO ☐		SI ☐ NO ☒		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO <input type="text"/>		SERVICIOS ☐ ALUD ☒		# NIT	900.959.051-7
EXPORTACIONES ☐		AGRICOLA ☐		ENERGETICA ☐		FINANCIERA ☐	
TRANSPORTE ☐		TECNOLOGIA ☐		ALIMENTOS ☐		MEDICAMENTOS ☐	
OTRA ☐		CUAL: ☒					
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO		DEPARTAMENTO	
CARGO ACTUAL				FECHA VINCULACION			

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		AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		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	\$ 0	TOTAL EGRESOS	\$ 0	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
BECERRA	BARBOSA	MAURICIO	
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
CARRERA 13 ESTE N°48-69	SOACHA / CUNDINAMARCA	AMIGO	7767044 / 3165202576

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPOR ☐ ON ☐ EXPORTA ☐ N ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ RA ☐

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

TECNICO LABORAL

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.

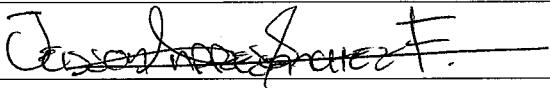
4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.

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.

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</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>
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.</p> <p>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</p> <p>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 ultimos tres meses + declaración de renta si es declarante</p>		
<p>1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)</p> <p>2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.</p> <p>3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.</p> <p>4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.</p> <p>5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)</p> <p>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)</p> <p>APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.</p> <p>NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.(Árrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</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.		
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 estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.</p> <p>2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.</p> <p>3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.</p> <p>4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:</p>		
AUTORIZACION		
<p>Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.</p> <p>Declaro expresamente:</p> <p>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.</p> <p>B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:</p> <p>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 negociaci3n 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 ejecuci3n y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevenci3n 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 elaboraci3n de estudios t3cnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios t3cnicos del sector salud. i) Envío de informaci3n relativa a encuestas de satisfacci3n de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizaci3n de encuestas sobre satisfacci3n en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de informaci3n de Sujetos de tributaci3n en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Direcci3n 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 informaci3n en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevenci3n y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.</p> <p>2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.</p>		
<p>3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecuci3n, terminaci3n y liquidaci3n 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 cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administraci3n de bases de datos para efectos de la prevensi3n y control de fraudes, la selecci3n de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios t3cnicos y estadísticos.</p> <p>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.</p> <p>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 definici3n 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 consideraci3n que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.</p> <p>6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.</p>		
<p>7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la informaci3n, 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.</p> <p>8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la informaci3n 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 autorizaci3n. 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 jurídica legalmente autorizada para la administraci3n de bases de datos para efectos de la prevenci3n y control del fraude.(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).</p> <p>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.</p> <p>NOTA: Se desea ampliar esta informaci3n por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".</p>		

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</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>																								
<div>IX. FIRMA Y HUELLA</div> <div>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</div> <div><div></div><div></div></div> <div><div>Firma Cliente / Representante Legal</div><div>Huella Índice Derecho</div></div>																										
<div>X. INFORMACION DE ENTREVISTA</div> <table><tr><td>1. Fecha</td><td></td><td>2. Ciudad</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">3. Nombre del funcionario o Asesor:</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">4. Lugar de la Entrevista:</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">5. Observaciones:</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>6. Resultado de la Entrevista:</td><td>ACEPTADO ☐</td><td>RECHAZADO ☐</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">7. Firma y Cédula</td><td colspan="2"></td></tr></table>			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			
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																										
<div>XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION</div> <table><tr><td>1. Fecha</td><td></td><td>2. Ciudad</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">3. Nombre y Cargo de quien verifica:</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">4. Lugar de la verificación:</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">5. Observaciones:</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">6. Firma y cédula:</td><td colspan="2"></td></tr></table>			1. Fecha		2. Ciudad		3. Nombre y Cargo de quien verifica:				4. Lugar de la verificación:				5. Observaciones:				6. Firma y cédula:							
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) JEISSON ANDRES SANCHEZ FONSECA identificado(a) con CC 1015448602 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 01/03/2018

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 17 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,


DORANNY CORTES TRIVIÑO
CONSULTOR INTEGRAL 6 HRS
EPS FAMISANAR S.A.S

Protección

Fondo de Pensiones Voluntarias Protección
Nit 800.198.281

Hace constar que:

JEISSON ANDRES SANCHEZ FONSECA con número de identificación **CC 1.015.448.602**, se encuentra afiliado al **Fondo de Pensiones Voluntarias Protección**, desde el día **19 de septiembre de 2016**.

Se expide esta constancia a favor del interesado a los 18 días del mes de octubre del año 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

2018101813105

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1015448602

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

JEISSON

Primer Nombre

ANDRES

Segundo Nombre

SANCHEZ

Primer Apellido

FONSECA

Segundo Apellido

13/09/1994

F. Nacimiento dd/mm/aa

BOGOTÁ D.C

Ciudad de Nacimiento

CALLE 45 SUR N° 72B-17

Dirección de Residencia

3505462876

Teléfono Fijo

FAMISANAR

EPS - Salud

PROTECCION

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

TECNICO DE SOPORTE

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

JASANCHEZ042@HOTMAIL.COM

Correo Electrónico

3505462876

Celular

Jeisson Fonseca

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119230490



WEB

15:07:59

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 14 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) JEISSON ANDRES SANCHEZ FONSECA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1015448602:

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 viernes 14 de diciembre de 2018, a las 15:09:15, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1015448602
Código de Verificación	1015448602181214150915

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., 14 de Diciembre de 2018 - 15:10 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 QUINCE MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS DOS**

1015448602

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_5FLEW_1015**

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:10:37 horas del 14/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1015448602**

Apellidos y Nombres: **SANCHEZ FONSECA JEISSON ANDRES**

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.



Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes
a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y
2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano -
Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24
horas
Fax (571) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co.

Bancolombia

le estamos poniendo el alma

Bogotá, 18 de octubre del 2018

Señores

A QUIEN LE INTERESE

Ciudad

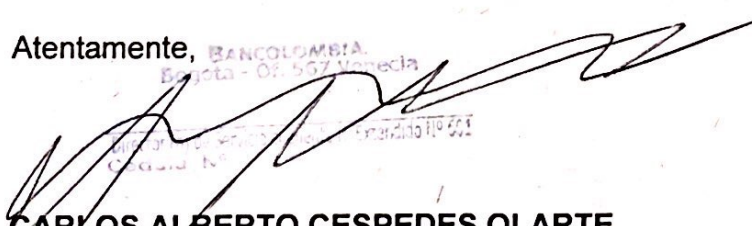
Cordial saludo,

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que el señor **JEISSON ANDRES SANCHEZ FONSECA**, identificado con cedula número **1015448602** de Bogotá, a la fecha de expedición de ésta certificación, tiene con el Banco El siguiente producto:

Nombre Producto	No Producto	Fecha de Apertura	Estado de cuenta
CUENTA AHORROS	23742734994	2015/05/25	ACTIVA

Estamos a su disposición para confirmar la anterior información, en el teléfono 7130279 de Bogotá, o en nuestra sucursal Venecia ubicada en la diagonal 46ª sur N° 50-83.

Atentamente,


CARLOS ALBERTO CESPEDES OLARTE
SUCURSAL VENECIA

* **Importante:** Esta constancia sólo hace referencia a los productos