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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICI(
APOYO – GESTIÓN
FORMATO LISTA DE CHEQ

A. DATOS GENERALE			
PROCESO SOLICITANTE:		**FECHA**	
NOMBRE DEL CANDIDATO	**JOSE JAIRO NAJAR ROMERO**		**DOCU**
TELEFONO	**3115183553**		**ACTIV**

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR A
(FIRMA DE LAS DOS PARTES).TODOS LOS DOCUMENTOS REQU

	B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD
	NECESIDAD DE PERSONAL OPS
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL

	C. DOCUMENTOS PERSONALES PA
1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .J
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES
8	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINIST ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO O Profesionales)
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIIU

13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)
15	TARJETA PROFESIONAL
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Pe
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontologí Administración)
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 TITULACIÓN (reactiva)
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)
21	CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RES (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa)
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGIA (Medico, Enfermera,Bacteriologo,Cito Resolución 2003 de 2014
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermeria, Auxiliar Ambulanc
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, s
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURA diligenciado - Impreso y Firmado con Huella
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: _____
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBR NOMBRE:_____
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 me
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento y N°

D. VERIFICACIÓN Y REGIS	
V°/B° Responsable Talento Humano	
V°/B° Dirección Talento Humano	

S DEL CONTRATISTA		
	N° FOLIOS	
JMENTO:	19489066	
VIDAD SOLICITADA:	ENFERMERO	

ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO
UERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

PARA SOLICITUD DEL CONTRATC					
	SI	☐	NO	☐	
RA ELABORACIÓN DEL CONTRATC					
PG	SI	☐			
)	SI	☐			
	SI	☐			
de 1995)	SI	☐			
	SI	☐	N/A	☐	
	SI	☐	N/A	☐	
	SI	☐	NO	☐	
TERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL /	SI	☐	N/A	☐	
RIENTE (Técnicos, Tecnólogos,	SI	☐	N/A	☐	
)	SI	☐	N/A	☐	
	SI	☐			
_____	SI	☐			

	SI				
	SI		N/A		
	SI		N/A		
ersonal en Salud)	SI		N/A		
	SI		N/A		
a, Derecho, Ingenierías, Contaduría,	SI		N/A		
) años de vigencia) Y/O O	SI		N/A		
	SI				
SOLUCION No 00002003 de 2014)	SI		N/A		
s	SI		N/A		
istotecnologo,Histocitotecnologo)	SI		N/A		
cias)	SI		N/A		
alud mental y personal APH)	SI		N/A		
	SI		N/A		
	SI		N/A		
	SI		N/A		
AL (SARLAF) - Completamente	SI				
____	SI				
	SI				
ED CENTRO ORIENTE-	SI				
	SI				
	SI				
eses)	SI				
	SI				
° de cuenta)	SI				

TRO DE LA INFORMACIÓN	
Fecha:	
Fecha:	

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

SUBRED INTEGRADA DE
APOYO –
FORMATO LISTA I

	INSTRUCCIONES PARA EL D
	TODA LA DOCUMENTACIÓN DEBE SER PERFECTAMENTE LEGIBLE (NÍTIDA)
	DOCUMENTOS PERSONALES P
1	**SOPORTE DE INSCRIPCIÓN SECOP II**
2	**FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)**
3	**DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)**
4	**DIPLOMAS ACADÉMICOS**
5	**ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO**
6	**CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES**
7	**SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)**
8	**FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)**

9	**CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA**
10	**FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%**
11	**REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT: CÓDIGO CIIU _____ FECHA _____**
12	**REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**
13	**LIBRETA MILITAR (Hombres)**
14	**TARJETA PROFESIONAL**
15	**RESOLUCION EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRISTAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)**
16	**CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)**
17	**ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Adminsitración)**
18	**CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (0 / 1 mes/ 6 meses /1 año - 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)**
19	**EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)**
20	**CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años**
21	**CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermeria, Auxiliar Ambulancias)**
22	**CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental(psiquiatra, enfermera, y medico general, personal APH)**
23	**CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)**

24	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA EL USO CLÍNICO Y PRÁCTICO DE OXIDO NITROSO. (Odontologos)
25	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA EL MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS Y SISTEMAS DE GASES MEDICINALES. (Profesional, Tecnologo o Tecnico)
26	CERTIFICADO DE FORMACIÓN DEL PERSONAL ASISTENCIAL EN ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES.
27	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA ADMINISTRACION DE INMUNOBIOLÓGICOS. (Auxiliar Enfermeria)
28	CERTIFICACIÓN ACADÉMICA DE CADA UNA DE LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS OFERTADAS (Profesional medicina)
29	CONSTANCIA DE ASISTENCIA A CURSOS O ACTIVIDADES DE FORMACIÓN EN ASUNTOS DIRECTAMENTE RELACIONADOS CON EL SISTEMA DE SELECCIÓN Y CLASIFICACIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS, "TRIAGE
30	CAPACITACION PERSONAL EN EMERGENCIA OBSTETRICA (Personal asistencial)
31	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE MUESTRA (Enfermera y Auxiliar l Enfermeria
32	CERTIFICADO DE FORMACIÓN ACADÉMICA EN LOS CONOCIMIENTOS DEL MANEJO E INTERPRETACIÓN DEL ULTRASONIDO (Medico con especialidad medico-quirurgica)
33	CERTIFICADO DE FORMACION EN LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO OFERTADO Y SOPORTE VITAL BASICO PARA DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR NO INVASIVO (Enfermera)
34	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA EL MANEJO DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA.(Bacteriologa)
35	CERTIFICADO DE FORMACIÓN DEL PROCESAMIENTO DE LAS TÉCNICAS ESPECIALIZADAS OFERTADAS EN LABORATORIO CLINICO (Bacteriologa)
36	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGÍAS. (Médico o enfermera o bacteriólogo o citohistotecnólogo o histocitotecnólogo.)
37	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN DEL PACIENTE NEONATAL ((medicos, enfermeras, auxiliares terapeutas y nutricionista)
38	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN EL CONTROL DEL PACIENTE EN SALUD MENTAL.(Médico general, enfermeras, auxiliares y terapeutas)
39	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN CLÍNICA. (Psicologo)
40	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN DEL PACIENTE DE CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO (enfermeras, auxiliares terapeutas y nutricionista)
41	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN CONTROL DEL PACIENTE DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS. (Medico General)
42	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN DEL PACIENTE DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS (enfermeras, auxiliares terapeutas y nutricionista)
43	CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL. (Enfermera)
44	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN DEL PACIENTE NEONATAL(Enfermeras, auxiliares terapeutas y nutricionista)

45	**CERTIFICADO DE LA FORMACIÓN DE LA GESTIÓN OPERATIVA DE LA DONACIÓN (Médico especialista en Cuidado Intensivo Pediátrico, médico especialista en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo)**
46	**CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN DEL PACIENTE DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO (enfermeras, auxiliares terapeutas y nutricionista)**
47	**CERTIFICADO DE FORMACIÓN DEL CONTROL DEL PACIENTE DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS. (Enfermera)**
48	**CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN DEL PACIENTE DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS ((enfermeras, auxiliares terapeutas y nutricionista)**
49	**CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN INSERCION Y RETIRO DE IMPLANTE SUBDERMICO (Enfermera)**
50	**CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ASESORIA VIH (Enfermera)**
51	**CERTIFICACION DE FORMACION EN EMERGENCIA OBSTETRICA (Personal asistencial de los servicios de Obstetricia y Urgencias)**
52	**CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN CONTROL DE LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN DIÁLISIS RENAL (Medico genral)**
53	**CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN DEL PACIENTE EN DIÁLISIS RENAL (enfermera y Auxiliar de enfermeria)**
54	**CERTIFICADO DE FORMACIÓN DE LA TERAPIA ALTERNATIVA OFERTADA EN EL ÁMBITO EXCLUSIVO DE SU DISCIPLINA.. (profesionales del área de la salud)**
55	**CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE FUNCIÓN PULMONAR(Enfermera, terapeuta respiratoria, fisioterapeuta o auxiliar de enfermería)**
56	**CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE HEMODINAMIA (Cardiologo)**
57	**CERTIFICADO DE FORMACIÓN PARA LA ATENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SALUD MENTAL**
57	**CERTIFICADO DE LA FORMACIÓN PARA EL APOYO AL CUIDADO DEL PACIENTE CON VENTILACIÓN MECÁNICA. (Auxiliar enfermeria)**
58	**CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN EL MANEJO DE LA TECNOLOGÍA**
59	**LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)**
60	**ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)**
61	**FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado**
62	**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - NOMBRE: _____**
63	**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: _____**
64	**FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES - NOMBRE:**
65	**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)**

66	**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)**
67	**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)**
68	**CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)**
69	**CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre, N° de documento y N° de cuenta)**

SERVICIOS
GESTIÓN
DE CHEQU

DILIGENCIA

PARA ELA

Adjuntar pa

Diligenciar
Sección 1:
Sección 2:
Sección 3:
experiencia
hacen part
Sección 4:
Sección 5:
de que se
candidato
Sección 6:

Diligenciar
Marcar cor
En el litera
Relacionar
Relacionar
Relacionar
Si están ca
Firmar (No
Registrar la

Deben ser
y Odontolo

Solamente
en los últim

No aplica p
Anotar en l

Diligenciar
datos de c
Solamente
Solamente
profesiona

Anexar sol
válidas las
empresa.

Verificar qu
datos de id
No hay res

Verificar qu
relacionad
|Solo aplic
actualizad
en 18 mes
Para profes

Todo perso
anexar el s

Todo perso

Solo para p
compromis

El esquem
En caso de
*Si el resul
compromis
*Si el resul
entregar nu
*Si el resul
*Si el resul
*Si el resul
*Si el resul
*** Despué
Aplica para
trabajadora

Verificar fe

CARNÉ DE
fecha de e

Requerido
MÉDICOS.
I y II , perso
de Sustanc

Requerido
psiquiatría
vigencia de

Solo para c
Parcial par

Requerido
Requerido
Requerido
Requerido
Requerido
Requerido
Requerido atención d
Requerido quirúrgicos
Requerido adquirido l
Requerido
Requerido
Requerido
Requerido
Requerido
Requerido Psiquiatra
Requerido Parcial par
Requerido
Requerido
Requerido de los espe
Requerido cuidado int
Requerido Cuidado In

Requerido
Requerido Intensivo F
Requerido
Requqerid intensivo a
Requisito prestación
Requisito prestación
Requisito la atención
Requisito
Requisito Servicios
Requisito
Requisito Laboratori
Requisito cirugía car
Requisito Atención a Atención I
Requisito ventilador
Requisito
Solo para
Solo para
Vigencia m independie
Con vigen

Vigencia d
de cédula e



S DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
TALENTO HUMANO
EO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-TH-FT-013
VERSIÓN: 06
FECHA: 2018-10-02

AMIENTO DEL FORMATO

BORACIÓN DEL CONTRATO

antallazo de la inscripción como proveedor al SECOP II

el formato en medio magnético o manuscrito legible TODOS los campos
Verificar que vaya registrado No. de documento;
Registrar la información pertinente.
Relacionar solamente la experiencia que tenga soporte en físico y cumpla como mínimo la
a requerida en el formato de necesidad. Se excluyen de certificación los hospitales que ahora
e de la subred. Preferiblemente que no registren experiencia anterior al 2007.
Totalizar la experiencia laboral y que especialmente esté incluida en la sección 3.
Marcar con una X el manifiesto de causales de inhabilidad para ejercer cargos públicos. En caso
diligencie la opción "SI" no será posible realizar el contrato. Debe registrarse la fecha y firma del
(No es válido escribir el nombre en computador)
No se diligencia ningún campo.

todos los campos incluyendo los familiares en primer grado de consanguinidad.
una X la casilla de actualización.
l A debe diligenciarse el valor de los ingresos percibidos en todo el año 2016.
como mínimo la cuenta bancaria en la que la subred consigna los honorarios.
los bienes que se posean.
obligaciones (deudas) si las tienen.
sados o tienen sociedad conyugal de hecho deben diligenciar los datos del cónyuge.
es válido escribir el nombre en computador)
a fecha)

legibles y completos. Los profesionales NO deben anexar documentos de bachiller. Para medicos
ogoa especialistas y Sub-especialistas aportar el titulo academico respectivo.

deben anexarse los relacionados con el cargo y que se encuentren vigentes (solo los realizados
nos 10 años máximo)

para estudios realizados en Colombia.
las observaciones el No de registro y la fecha.

todos los campos: nombre de la institución, nombre de quien hace la solicitud, titulo obtenido y
contacto
para técnicos y profesionales (no aplica para bachilleres, ni para cursos no formales)
debe diligenciarse el de los estudios que soportan el cargo a cubrir (si se requiere como
l universitario y ha realizado posgrados, solo diligencia el de la formación de pregrado).

amente los registrados en la hoja de vida y que demuestren la experiencia solicitada. No son copias de contratos, ni certificaciones sin logos, sellos o teléfono y dirección de contacto de la

ue la actividad económica tenga relación con las actividades a desempeñar en la Subred y que los lentificación y ubicación estén vigentes. Si no es así debe ser actualizado.
tricción de que en el formato haya registrada más de una actividad económica.

ue la actividad económica relacionada sea la misma que se requiere para el ejercicio del cargo y a en el RUT

a para menores de 50 años. Para personas que no la tengan, deben presentar un soporte o de que se está realizando el trámite y firmar el compromiso de entregar la libreta como máximo

sionales. En caso de estar en trámite firmar compromiso de entrega en máximo 3 meses.

onal que preste sus servicios de en el área asistencil debe realizar el registro ante la SDS y oporte.

onal de salud debe realizar el registro ante la SDS y anexar el soporte.

profesionales en Medicina, Enfermería, Odontología y Derecho. En caso de estar en trámite firmar so de entrega en máximo 2 meses.

a completo (3 dosis) tiene vigencia de 10 años.
no contar con las 3 dosis debe presentar titulaciones y se revisará:
tado está entre 0 y 4,9 debe reiniciar el esquema, presentar al menos la primera dosis y firmar el so de entregar copia de cada nueva dosis aplicada hasta completar el esquema.
tado está entre 5 y 9,9 debe aplicarse un refuerzo, presentar el soporte y firmar el compromiso de ueva titulación en 60 a 90 días.
tado está entre 10 y 99 tiene vigencia de 6 meses
tado está entre 100 y 999 tiene vigencia de 2 años.
tado está entre 1000 y 9999 tiene vigencia de 5 años.
tado es mayor a 10000 tiene vigencia de 6 años.
s pasada la vigencia debe aplicar refuerzo
a personal administrativo que preste servicios al usuario en las sedes asistenciales (orientadores, as sociales, personal de PQR, entre otros)

cha de emisión. Tiene validez de 3 años máximo

RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años Verificar misión. Tiene validez de 4 años máximo

para Personal Asistencial, Auxiliar Ambulancias, todo el personal de atención domiciliaria, NO Tiene vigencia de 2 años. Medico y odontologo que realice procedimientos bajo sedacion Grado onal asistencial del servicio de Internación Hospitalaria y Parcial para la Atención al Consumidor cias Psicoactivas

para médicos de urgencias, personal de atención ambulatoria de SPA y salud mental (, enfermera y médico general) personal APH ,Medico general de servicio de Hemodialisis. Tiene e 2 años

conductores de ambulancia, personal no asistencial del servicio de Internación Hospitalaria y a la Atención al Consumidor de Sustancias Psicoactivas

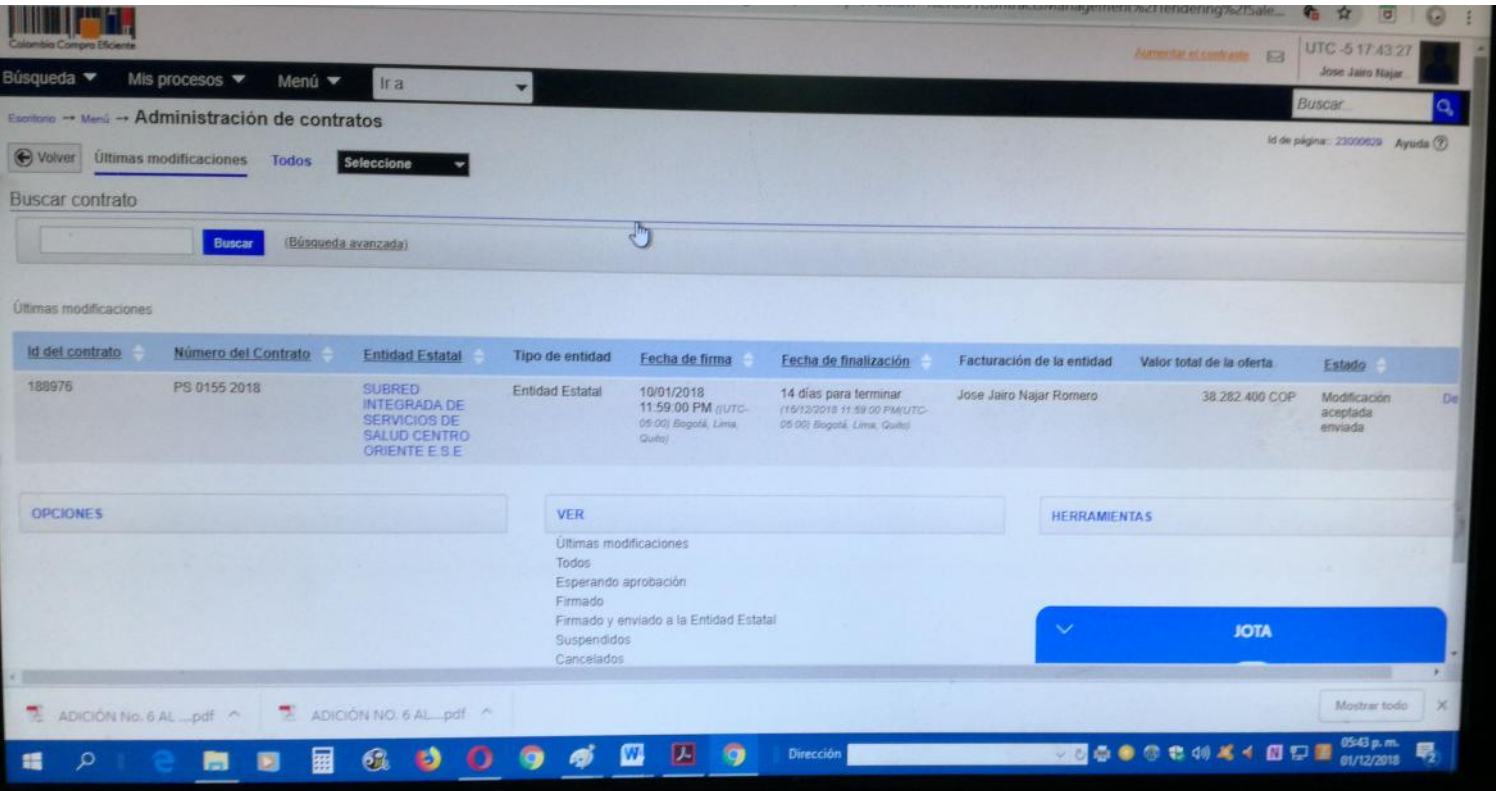
para Odontologos que realizan sedacion en odontologia con este gas
para personal de mantenimiento de equipos biomedicos
para personal asistencial de los servicios de Urgencias, Hospitalizacion y Consulta Externa.
para Auxiliares de Enfermeris de los Servicios de Vacunacion Intramural y Extramural
para medicos de los servicios de medicina alternativa.
para personal responsable del Triage según Resolucion 5596 de 2015
para personal asistencial de Urgencias y servicios Obtetricos por Modelo de seguridad para la e la emergencia obstétrica en instituciones de salud)
para enfermera y auxiliar de enfermeria de los servicios de hospitalización, urgencias y s. Laboratorio Clinico.
para médicos con especialidad médico-quirúrgica, que en su formación académica hayan os conocimientos del manejo e interpretación del ultrasonido.
para procedimientos de Diagnostico Cardiovascular No Invasivo
para Bacteriologa del Servicio Transfusional
para servicio especializados en areas del Laboratorio Clinico.
para personal involucrado en la toma de muestra citologia cervico uterina
o para el personal asistencial de servicio Cuidado Basico Neonatal, Cuidado Intermedio Neonatal, excepto el medico especialista
en Servicio de Internacion Parcial, Hospitalizacion en salud Mental a excepcion del medico
en Servicio de Internacion Parcial, Hospitalizacion en Salud Mental, Internación Hospitalaria y a la Atención al Consumidor de Sustancias Psicoactivas
para personal asistencial a excepción de los especialistas en cuidado intensivo.
para medico general del Servicio Cuidado Intermedio adulto
para todo el personal (enfermeras, auxiliares terapeutas y nutricionista) del servicio a excepción ecialistas en medicina crítica y cuidado intensivo.
para enfermera del servicio Cuidado Intensivo Neonatal a excepcion que se tenga postgrado de tensivo neonatal
para todo el personal asistencial (enfermeras, auxiliares terapeutas y nutricionista) del servicio ntensivo Neonatal excepto los especialistas en neonatologia.

para medicos especialistas los servicios de Cuidado Intensivo Pediatrico y Adulto
para todo el personal (enfermeras, auxiliares terapeutas y nutricionista) del servicio de Cuidado ediatrico a excepción de los especialistas en cuidado intensivo.
para enfermera a excepcion de que se tenga postgrado medicina crítica y cuidado intensivo
o para todo el personal (enfermeras, auxiliares terapeutas y nutricionista) del servicio cuidado dultos, a excepción de los especialistas en medicina crítica y cuidado intensivo.
de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud , para la de servicios de protección específica y detección temprana.
de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud , para la de servicios de protección específica y detección temprana.
para personal asistencial de los servivios de urgencias y obtetricos por Modelo de seguridad para de la emergencia obstétrica en instituciones de salud)
para medico general de servicios de Hemodialisis
para enfermera y/o auxiliar de enfermería que prestan servicios de Hemodialisis Extramural en de Unidad de Cuidado Intensivo u Hospitalización
para profesionales del área de la salud que prestan servicios de terapias alternativas
para Enfermera, terapeuta respiratoria, fisioterapeuta o auxiliar de enfermería disponibles en el o Pulmonar
para Cardiologo del servivio de Hemodinamia se exceptua médico especialista en hemodinamia o diovascular
para el talento humano asistencial del servicio de Internación Hospitalaria y Parcial para la l Consumidor de Sustancias Psicoactivas , Atención al Consumidor Sustancias Psicoactivas y nstitucional No Hospitalaria al Consumidor De Sustancias Psicoactivas
para auxiliares de enfermeria del servicio de atencion domiciliaria del paciente cronico con
para personal asistencial que presta directamente el servicio bajo la modalidad de telemedicina
conductores de vehículos y motos
conductores de vehículos y motos
áxima de 1 mes. Verificar que el certificado no diga beneficiario o amparado, debe decir cotizante nte o mixto. Registrar el nombre de la EPS en el espacio correspondiente
cia mínima de 1 mes. Registrar el nombre del fondo en el espacio correspondiente

e máxima de 3 meses y que no cuente con inhabilidad vigente. Verificar que el nombre y número
esté correcto


Bogotá
MEJOR
PARA TODOS


Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.
BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS
ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.


Colombia Compra Eficiente
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Aumentar el contrato
UTC -5 17:43:27
Jose Jairo Najar
Escritorio → Menú → Administración de contratos
Buscar...
Id de página:: 2309659
Ayuda
Volver
Últimas modificaciones
Todos
Seleccione
Buscar contrato
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Id del contrato
Número del Contrato
Entidad Estatal
Tipo de entidad
Fecha de firma
Fecha de finalización
Facturación de la entidad
Valor total de la oferta
Estado
188976
PS 0155 2018
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Entidad Estatal
10/01/2018 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
14 días para terminar (15/12/2018 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Jose Jairo Najar Romero
38.282.400 COP
Modificación aceptada enviada
OPCIONES
VER
Últimas modificaciones
Todos
Esperando aprobación
Firmado
Firmado y enviado a la Entidad Estatal
Suspendidos
Cancelados
HERRAMIENTAS
JOTA
ADICIÓN No. 6 AL ....pdf
ADICIÓN NO. 6 AL....pdf
Mostrar todo
Dirección
05:43 p. m.
01/12/2018

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Ultima Actualización: 04-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
JOSE	JAIRO	NAJAR ROMERO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 19489066

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 19489066 D.M 55

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 22 MES OCT AÑO 1962

PAÍS Colombia

DEPTO Boyacá

CIUDAD Tunja

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Cra 28 # 3-15

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3333333

EMAIL jjaironajar@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 BASICA											*TITULO* BACHILLER ACADEMICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1999
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	8	X		ENFERMERO (A)	1	2015	7493
TC	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	1990	No especificada

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)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Ultima Actualización: 04-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN	PÚBLICA: X	PRIVADA:	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS: 2444448	FECHA DE INGRESO: DIA 15 MES 11 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERO	DEPENDENCIA: URGENCIAS	DIRECCIÓN: CALLE 6 No. 4- 17	

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 5 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO: DIA 14 MES 11 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS	DEPENDENCIA: URGENCIAS	DIRECCIÓN: CARRERA 15 No. 1 51 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: CLINICA RETORNAR	PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD:	
TELÉFONOS:	FECHA DE INGRESO: DIA 1 MES 2 AÑO 2001	FECHA DE RETIRO: DIA 3 MES 6 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO: AUX DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: UNIDAD DE SALUD MENTAL	DIRECCIÓN: AUT NORTE No. 87 33	

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	1	7
PRIVADO	9	4

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

Ultima Actualización: 04-dic-2018

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	11

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

4-12/18

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

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, NAJAR ROMERO JOSE JAIRO

○ **IDENTIFICADO CON C.C** x **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 19489066 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Cra 28 # 3-15 **Teléfonos**3115183553 3333333

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
TIARA VALERIA NAJAR HERNANDEZ	1011096871	HIJO(A)

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION x

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
ALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 23.000.000,00
ESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
ASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
RRIENDOS	$ 0,00
ONORARIOS	$ 0,00
TROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 23.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco de Bogotá	AHORROS	102616000	Av primera	$ 100.000,00

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
Banco de Bogotá	Crédito	$ 2.000.000,00

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

a)

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:

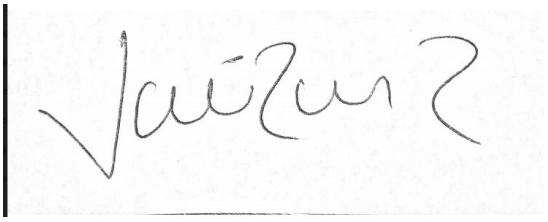
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C ○ C.E ○ T.I. ○	

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. 04-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

República de Colombia

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,

teniendo en cuenta que:

José Jairo Najar Romero

C.C. No. 19.489.066 de Bogotá D.C.

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

Enfermero

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

Bogotá, D. C., 30 de enero de 2015

Rector

Secretario General

Decano

Tomo 8 Folio 52 Registro 42497 Fecha : 30 de enero de 2015

0175

La República de Colombia
y en su nombre

EL CENTRO EDUCATIVO DE ADULTOS

ASED

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá,
según Resolución No. 2783 del 02 de Agosto de 1996

Confiere a

José Jairo Najar Romero

C.C. 19.489.066 de Santafé de Bogotá

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al Nivel de Educación Media Académica, según los planes
y programas definidos en nuestro Proyecto Educativo Institucional
(Artículo 28 de la ley 115 de 1994)

Rector

CENTRO EDUCATIVO DE ADULTOS ASED
DIRECCION
Stafé. de Bta

Secretario Académico

CENTRO EDUCATIVO DE ADULTOS ASED
SECRETARIA

Anotado al Folio 011 del libro para Control Interno de Diplomas No.1

Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a 18 de Julio de 1998

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA

ACTA DE GRADO 708

En Bogotá D.C., el 30 de enero de 2015 a las 9:00 horas, convocados por Resolución Nacional 063 del 23 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, la Vicerrectora Académica, doctora Sonia Sierra González y la Secretaria General, doctora María Jetzabel Herrán Duarte, para presidir la ceremonia de grado de **JOSE JAIRO NAJAR ROMERO** con cédula de ciudadanía Número 19489066 de Bogotá D.C., quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedor a recibir el título de **ENFERMERO**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de registro de títulos Tomo 8, Folio 52, número 42497

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
SONIA SIERRA GONZALEZ, Vicerrectora Académica
MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE, Secretaria General

Dada en Bogotá D.C., el 30 de enero de 2015.

MARÍA JETZABEL HERRÁN DUARTE
Secretaria General

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
SECRETARIA GENERAL

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

CENTRO EDUCATIVO DE ADULTOS
ASED

Cra 6 No 27 – 31 Sur Tel. 2392918
INSCRIPCION S.E. 003 DE MAYO 7 DE 1996 – INSCRIPCION DANE 311001104654

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 18 días del mes Agosto del año 1998, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del ultimo Ciclo Lectivo Especial Integrado, los suscritos Rector y Secretaria Académica, en la Rectoría del **CENTRO EDUCATIVO DE ADULTOS ASED**, institución aprobada en el nivel de Educación Básica en los Ciclos de Primaria, Secundaria y Media Académica, autorizada oficialmente por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el título de **BACHILLER ACADEMICO**, según Resolución No **2783 del 02 de agosto de 1996, 7528 del 20 de Noviembre de 1998 y 3895 del 12 de Diciembre de 2003**

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de Educación Académica, se procedió a otorgar el título de **BACHILLER ACADEMICO** al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Najar Romero Jose Jairo
C.C. 19.489.066 de Bogotá

Es fiel copia tomada del Acta original general No 002 de Agosto 18 del año 1998, comienza con el nombre de **ACOSTA AYURE SARA INES DEL SOCORRO** y termina con el nombre de **ZULUAGA MENESES JOHN ALEXANDER.** Firmada por **ERICK ISRAEL ARIZA RONCANCIO (Rector)** y **LEYDY YANETH PALOMINO AGUILAR (Secretaria Académica)**

Dada en Bogotá, D.C. a los Cuatro (4) días del mes de Junio del año 2010.

CENTRO EDUCATIVO DE ADULTOS ASED
RECTORIA
BOGOTA, D.C.

ERICK ISRAEL ARIZA RONCANCIO
Rector
c.c. 91.010.138 Barbosa (Santander)

CENTRO EDUCATIVO DE ADULTOS ASED
SECRETARIA
BOGOTA, D.C.

LEYDY YANETH PALOMINO AGUILAR
Secretaria Académica
c.c. No 1.033.720.404 de Bogotá

No requiere registro de la Secretaria de Educación, Según Decreto 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 5 de Diciembre de 1995 de la Presidencia de la República

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

FORMACIÓN EMPRESARIAL Y EDUCACIÓN CONTINUA

Certifica que:

José Jairo Najar Romero

C.C. No. 19.489.066 de Bogotá D.C.

Asistió al diplomado programa de extensión y educación continuada con una intensidad presencial de 120 horas teórico-prácticas, por lo tanto le confiere el diploma en:

Cuidado de Enfermería Neonatal

Rector

Secretaria General

Directora de Formación Empresarial y Educación Continua

Dado en Bogotá, a los 10 días del mes de diciembre de 2014

Hospital San Juan de Dios

Departamento de Cirugía

Certifica Que:

JOSE JAIRO NAJAR R.

Asistió al curso "Tratamiento de la Herida y la Cicatriz", realizado en Santa Fé de Bogotá, el 15 de Mayo de 1998 con una intensidad de 8 horas.

Roberto Carrascal M.D.
Director del Hospital

Raúl E. Sastre Cifuentes M.D.
Jefe Unidad de Cirugía Plástica

Ricardo Salazar López M.D.
Presidente de Uniplástica

Herley Aguirre Serrano M.D.
Secretario de Uniplástica

CLINICA RETORNAR LTDA

Certifica que: **JOSE JAIRO NAJAR ROMERO**

Participo en el curso de :

ENFERMERIA EN SALUD MENTAL.

MARIA DEL PILAR JAIME I
Directora científica

IVAN GUTIERREZ C
Director Académico

Bogota , Abril 9 de 2006.

HYGEA

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

I Simposio Internacional de Promoción de la Salud en el Ámbito Universitario

DIVISIÓN DE BIENESTAR INSTITUCIONAL Y CENTRO MÉDICO

CERTIFICA QUE:

JSE JAIRO NAJAR

C.C. 19489066

Asistió al Primer Simposio Internacional de Promoción de la Salud en el Ámbito Universitario. (Aspectos a considerar en el campo de la bioseguridad - Hábitos para mejorar la calidad de vida). Con una duración de cuatro (4) horas.

En calidad de Asistente

FERNANDO MONTEJO ANGEL
Director de Bienestar Institucional

EDGAR ORLANDO COTE ROJAS
Decano Facultad Ciencias de la Salud

LUZ ADRIANA OSPINA
Directora Centro Médico

Dado en Bogotá, D.C., a los 3 días del mes de Febrero del año 2012

El Hospital Santa Clara

certifica que

JAIRO NAJAR

ha participado en la

Actualización y Taller
de fortalecimiento en la seguridad del paciente
"Buenas Prácticas para el uso del sistema libre de agujas"

Celebrado en Bogotá D.C, el día 19 de Enero 2016, con una intensidad horaria de 2 horas

Baxter

ADRIANA MILENA BEDOYA CONDE
Referente de Seguridad del Paciente

DIANA MEJIA GUERREO
Especialista Línea Terapia de Fluidos

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

HACE CONSTAR:

QUE **JOSE JAIRO NAJAR ROMERO**

PARTICIPO EN:

Actualización en Consulta Externa

DURACION 78 HORAS

Jefe de Area

Santafé de Bogotá, 10.09.98

Ciudad y Fecha de Terminación

Registro y Certificación

Centro Servicios a la Salud

Centro de Formación

98.0047. 11.10.98

No. y Fecha de Registro

IMPRESO POR CODIGRAFICOS FORMAS EMPRESARIALES S.A. NIT 830.176.457-3

F5 - 129 / I - 96 CONSTANCIA DE PARTICIPACION

Infundiendo
Confianza
Colleague

CONSTANCIA DE ENTRENAMIENTO

A Nombre de

Jose Jairo Najar

En reconocimiento a la participación en la capacitación de

Colleague CXE Cambios y Manejo

Colombia, 2012

Johans H.

Entrenador Certificado en Colleague CXE 001

Baxter

CLINICA RETORNAR
rehabilitación
salud mental

CERTIFICA:

Que: DARIO NADAR

Identificado (a) con C.C.: 19489066 de: BOGOTA

Asistió al Seminario Taller: SEMIOLOGIA PSIQUIATRICA

Con una intensidad horaria de: 3H0102 horas, realizado desde el día 25, hasta el 25

del mes de OCTUBRE de 2005

Dirección Clínica

Director del Seminario

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

JOSE JAIRO NAJAR ROMERO

C.C.: 19489066

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

Certifica que

NAJAR JOSE JAIRO

C.C. 19.489.066

Asistió al curso taller de

Primer Respondiente

Intensidad horaria de (8) horas

Bogotá - Colombia, 14 de Septiembre de 2009

"El presente certificado no confiere título de idoneidad para laborar en actividades relacionadas con la salud".

Héctor Zambrano Rodríguez
Secretario Distrital de Salud

Manuel Antonio Villamizar Mejía
Director Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

DCRUE BOGOTÁ

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOG BOGOTÁ POSITIVA GOBIERNO DE LA CIUDAD

CÓDIGO: AP-TH-FT-014 VERSIÓN: 02

Bogotá D.C

Señores:

FUNDACION UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, JOSE JAIRO NAJAR ROMERO en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

ENFERMERO
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente:



Firma

No. de documento: 19489066 DE BOGOTA Tarjeta

profesional No: 19489066

Dirección de contacto: Calle 3 No. 29- 17

Teléfono: 7195863

ESCUELA DE FORMACIONES TECNICAS
"F O R M A T E S"

NIT: 900.071.364-4 Acuerdos 041 del 5 de diciembre de 2008, 148 del 21 de mayo de 2009, 0013 del 21 de enero del 2011, 0102 del 16 de junio del 2011 del Ministerio de protección Social, Resoluciones 110321 del 3 de diciembre de 2010, 110155 del 11 de julio de 2011 emitidas por la Secretaria de Educación Localidad 11 de Suba "Educación Para el Trabajo y Desarrollo Humano

CERTIFICAMOS QUE:

A petición del interesado, el enfermero **JOSE JAIRO NAJAR ROMERO**, quien se identifica con C.C. No. 19.489.06 6 de Bogotá, presta sus servicios como docente en nuestra institución desde hace 8 años aproximadamente en la carrera de **TECNICOS AUXILIAR EN ENFERMERIA**, mediante contrato de prestación de servicios.

Hasta la fecha ha demostrado ser persona digna de confianza, responsable y cumplidora de sus compromisos y obligaciones.

La presente certificación se expide el día 7 de febrero de 2015.

Cordialmente,

FABIAN POSADA FONSECA
Director General
NIT: 900071364-4

CERTIFICACION

La **CLINICA RETORNAR. REHABILITACION EN SALUD MENTAL** Nit 800.160.827 – 1 certifica que **JOSE JAIRO NAJAR ROMERO** identificado con cedula de ciudadanía No 19.489.066 de Bogotá trabajo con nuestra entidad, desempeñándose como AUXILIAR DE ENFERMERIA desde el día 16 de Junio de 2.002 (16 /06 2.002) hasta el día 31 de Agosto de 2.010 (31 / 08 2.010) con contrato a termino indefinido.

Se expide la presente certificación a los treinta y un días del mes de Agosto de dos mil diez. (31/08/2010).

HUMBERTO RINCON C.
Administrador General.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.489.066

NAJAR ROMERO

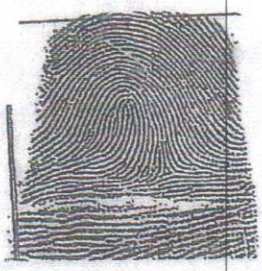
APELLIDOS

JOSE JAIRO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-OCT-1962

TUNJA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

30-NOV-1980 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00006822-M-0019489066-20080501 0000216252A 1 1260003415

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14407528894

(415)7707212489984(8020) 000001440752889 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 9 4 8 9 0 6 6	4	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	1 9 4 8 9 0 6 6	1 9 8 0 1 1 3 0

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
NAJAR	ROMERO	JOSE	JAIRO

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
CALLE 59 SUR 74 I 04

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
jjaironajar@hotmail.com		7 1 9 5 8 6 3	3 1 1 5 1 8 3 5 5 3

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1	2
8 6 9 9	2 0 1 6 0 8 2 6					

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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
	2	0																								

20- Obtención NIT

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 7 0 3 1 6

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 NAJAR ROMERO JOSE JAIRO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
Secretaría Distrital Hacienda

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA • RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 194890661-0 JOSE JAIRO NAJAR ROMERO

Información General
Dirección CALLE 59 SUR # 71I-04

Teléfonos *7195863/3112854290*

Dirección electrónico jjaironajar@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 22/08/2016

Soporte Inscripción 22440364

Fecha Inicio Actividades 03/03/2010

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese #

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8699-OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCION DE LA SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

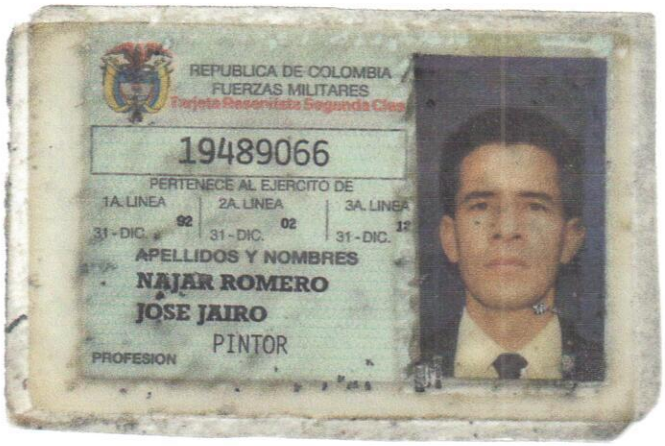
Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001104027

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Fuente ICA TE TOCA

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



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

19489066

PERTENECE AL EJERCITO DE

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC. 92	31 - DIC. 02	31 - DIC. 12

APELLIDOS Y NOMBRES
NAJAR ROMERO
JOSE JAIRO

PROFESION PINTOR



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

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

19489066
DUPLICADO

TEOFILOCARIS PINZON TURCIOS
CDTE. DIM. No. 55

17 NOV 94
FECHA EXP.

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA
IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERO



JOSE JAIRO NAJAR ROMERO
C.C. 19.489.066
FUND UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA - FUAA
Bogotá D.C.
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2015-01-30
FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2017-01-26

7493

Crear-ID.com | 821 9115

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley 1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010.
Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla a la Organización Colegial de Enfermería.

FIRMA DEL PROFESIONAL



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

No. AB EXP. 063000

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *: Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *: 19489066

Primer Nombre *: JOSE

Primer Apellido *: NAJAR

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-13→1:14:45 AM -2018-12-13→1:15:37 AM -2018-12-13→1:16:37 AM -2018-12-13→1:17:46 AM -2018-12-13→1:18:32 AM -2018-12-13→1:19:36 AM -2018-12-13→1:20:31 AM -2018-12-13→1:21:26 AM -2018-12-13→1:22:33 AM -2018-12-13→1:23:56 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	19489066	JOSE	JAIRO	NAJAR	ROMERO	Ver

Información Detallada [CC: 19489066] JOSE JAIRO NAJAR ROMERO

2018-12-13→1:23:56 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	ENFERMERIA	2017/1/26	ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA

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

HACE CONSTAR QUE:

El enfermero **JOSÉ JAIRO NAJAR ROMERO** identificado con la cédula de ciudadanía número 19.489.066, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los diez (10) días del mes de mayo del año dos mil diecisiete (2017).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS B	1 DOSIS		09-07-10	
	2 DOSIS		14-12-09	
	3 DOSIS	143402E	12 MAYO 2017	Inmunosalud
	4 DOSIS			
HEPATITIS A	1 DOSIS			
	2 DOSIS			

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
HEPATITIS A + HEPATITIS B	1 DOSIS			
	2 DOSIS			
	3 DOSIS			
VARICELA	1 DOSIS			
	2 DOSIS			

NOMBRE: jose Jairo Rojas

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
T. TETANICO DIFTERICO	1 DOSIS			
	2 DOSIS			
	3 DOSIS			
	4 DOSIS			
	REFUERZO			
TRIPLE VIRAL	1 DOSIS			
DPTA	1 DOSIS			

Cód. de Prestador 11-00117798-0122
Tania Salud Autorizada por Secretaría Distrital de Salud
Inmunosalud
CENTRO DE VACUNACIÓN E.A.S.

PBX 749 53 41
278 7799
Cel. 310 237 1397

SEDE PRINCIPAL
Cra. 15 No. 51-14 Piso 2

SEDE RESTREPO
Cra. 17 No. 15-46 Sur Local 305

Bogotá, D.C.

inmunosalud@outlook.com

www.inmunosalud.com

Cód. de Prestador 11-00117798-0122
Tania Salud Autorizada por Secretaría Distrital de Salud
Tania Salud
CENTRO DE VACUNACIÓN E.A.S.

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

R VIGILADO Supersalud

Consulte su certificado de vacunación en:
www.inmunosalud.com

NIT. 900.174.965-3
CODIGO DE PRESTADOR SEDE PRINCIPAL 1100117798O1
CODIGO DE PRESTADOR SEDE RESTREPO 1100117798O2

NOMBRES: Jose Jairo Rojas

DOCUMENTO: 19489066.

TELÉFONO:

VACUNA	DOSIS REFUERZO	LOTE	FECHA APLICACIÓN	FIRMA VACUNADOR
INFLUENZA	1ra. DOSIS			
NEUMOCOCO	1ra. DOSIS			

EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas
UMED LTDA. I.P.S.
Resolución Lic. No. 9511 de 23/08/2013
Res. Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

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

NIT: 830.015.894-4



CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 3 | 1 | 2017

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

NOMBRES: JOSE JAIRO NAJAR ROMERO C.C. 19.489.066 EDAD: 53 SEXO M F

EMPRESA: HOSPITAL SANTA CLARA CARGO: ENFERMERO Tel.: Cel.: 3115183553

RESULTADOS EXAMENES PARACLINICOS

	NORMAL	ANORMAL
Valoración Medica Laboral	OK	
Espirometria		
Audiometria		
Visiometría		
Optometría		
Electrocardiograma		
Psicología Laboral		
Radiología (Túnel/Carpo, Columna, Tórax)		

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

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

	NORMAL	ANORMAL
Cuadro Hematico IVG		
Glicemia		
Colesterol		
Triglicerios		

	NORMAL	ANORMAL
Serología		
Parcial de Orina		
RH - Grupo Sanguíneo		
Varios		

Concepto Médico Laboral: Se Certifica que el trabajador es:

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

	SI	NO
Apto para el cargo sin restricciones	SI	—
Apto para el cargo con restricciones que intervienen con su trabajo	—	—
Apto para trabajos en superficies sin infradesnivel	—	—

	SI	NO
Aplazado	—	—
No apto para este cargo	—	—

Examen PERIODICO satisfactorio SI — NO —

Examen de EGRESO satisfactorio SI — NO —

Apto para el cargo. Actividad laboral en superficie. Cursos osteomuscular satisfactorio.

RECOMEDACIONES - RESTRICCIONES

1. Higiene Postural	X	7. Uso de Doble Proteccion Auditiva		13. Evitar Posturas Prolongadas	
2. Pausas Activas	X	8. Control Optometrico Periodico		14. Uso de Medias de Compresión Graduado	
3. Ergonomía del Puesto de Trabajo	X	9. Uso de Lentes permanentes		15. Valoración y Manejo en IPS	
4. Uso de Elementos de Protección Personal	X	10. Uso de Lentes Visión de Cerca		16. Dieta - Ejercicio Físico	
5. Valoración por IPS de Medicina Laboral		11. Control de Tension Arterial			
6. Control Audiometrico		12. Estilos de Vida Saludable			

CONSENTIMIENTO INFORMADO *(De Lectura Obligatoria)*

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

UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS EL DIVINO NIÑO JESUS Dr. Camilo Velásquez Velasco Medico Laboral R.M. 4687 Res. 6970 de 03/08/2009 UMED LTDA. IPS

MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RM

Firma Trabajador

C.C. No. 19489066

Huella

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

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

JOSE JAIRO NAJAR ROMERO

C.C 19489066

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

José Alfredo Morales Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

FORMATÉS
ESCUELA DE FORMACIONES TÉCNICAS

NIT: 900.071.364-4 Acuerdos 041 del 5 de diciembre de 2008, 148 del 21 de mayo de 2009, 0013 del 21 de enero del 2011, 0102 del 16 de junio del 2011 del Ministerio de protección Social, Resoluciones 110321 del 3 de diciembre de 2010, 110155 del 11 de julio de 2011 emitidas por la Secretaria de Educación Localidad 11 de Suba "Educación Para el Trabajo y Desarrollo Humano"

HACE CONSTAR QUE:

JOSE JAIRO NAJAR ROMERO

D.I. No. 19.489.066 de Bogotá

ASISTIO AL CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO y AVANZADO

Con una intensidad de 20 horas teórico-practico

Dado en Bogotá D. C. a los diez (10) Días del Mes de Noviembre de 2016.

Dr. Fabián Posada F.
Director General

Lic. Camilo A. Montenegro G.
Director Académico

"FORMAMOS PERSONAS CALIFICADAS CON SENTIDO SOCIAL"

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

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

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

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

FECHA:	2018-12-11	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NAJAR	ROMERO	JOSE	JAIRO

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	19.489.066	TUNJA/ BOYACA	1980-11-30
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1962/22/10	TUNJA	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	1	2	3115183553

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CALLE 54 SUR # 33A-17	BOGOTA D.C.	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
jaironajar5@gmail.com		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI ☒	IVA	SI ☐	NO ☒		
	NO ☐	ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☐	SECUNDARIA: ☐

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☐	NIT	9 009 59 0 5 1.7

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg. 34 #5-43	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA

CARGO ACTUAL	ENFERMERO	FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD)	2017-01-10

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	1.000.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS	2.808.800	CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	1.500.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	**2.808.800**	**TOTAL EGRESOS**	**2.500.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**0**	**TOTAL PASIVOS**	**0**

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
ACOSTA	ACOSTA	MARIA	YANETH
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CALLE 69 # 111A-09	BOGOTA	COMPAÑERA DE TRABAJO	3107922434

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DE BOGOTA	CUENTA DE AHORROS	102616000	AV 1 DE MAYO	

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ **CUAL:**

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

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 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.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

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

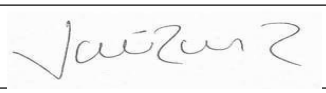
Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende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

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

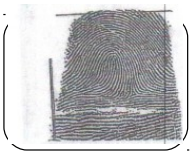
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.
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 EN CONSTANCIA FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA				XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION			
1.Fecha		**2. Ciudad**		**1. Fecha:**		**2. Ciudad**	
3.Nombre del funcionario o Asesor:				**3. Nombre y Cargo de quien verifica:**			
4. Lugar de la Entrevista:				**4. Lugar de la verificación:**			
5. Observaciones:				**5. Observaciones:**			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐		**6. Firma y cédula:**			
7. Firma y Cédula							

Certificación de Afiliación Cotizante

El señor(a) JOSE JAIRO NAJAR ROMERO identificado(a) con Cedula de Ciudadanía número: 19.489.066

Presenta los siguientes datos referentes al Plan Obligatorio de Salud en nuestra EPS.

Información del cotizante:

Afiliado cotizante:	JOSE JAIRO NAJAR ROMERO		
Numero de identificación:	19489066	Tipo de identificación:	Cedula Ciudadanía
Fecha de afiliación (dd/mm/aaaa):	01/08/2017	Fecha de retiro:	
Estado actual cotizante:	VIGENTES	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Topo cotizante:	Independiente		
Dirección actual de residencia:	CALLE 59 SUR # 71i-04	Municipio residencia:	BOGOTA D.C.
Teléfono actual de residencia:	7195863	Depto. residencia:	SANTAFE DE BOGOTA D.C.

Documento aportante	Razón social aportante	Fecha inicio	Fecha fin
19486099	JOSE JARIO NAJAR ROMERO	01/08/2017	

Información de los beneficiarios:

Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Parentesco

se firma y expide en Bogotá a los 16 días del mes de Septiembre de 2018 , a solicitud del interesado

"INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION"

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS
DECRETO 806 ART.55

CORDIALMENTE



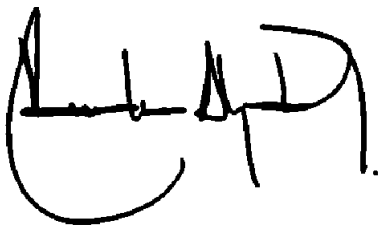
Jairo Enrique Lancheros
Gerente de Operaciones
Elaboro:

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JOSE JAIRO NAJAR ROMERO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **19,489,066**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 17 días del mes de Diciembre de 2018.



_____
Gerente de Clientes

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

25447437	SEGUROS BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

ESPERANZA		VIDAL	CUERO
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segu

29/09/1963	GUAPI/ CAUCA	CRA 2 B # 91-33 SUR	7685420
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Te

CRUZ BLANCA	COLFONDOS	1.490.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	H

AUXILIAR DE ENFERMERIA	10/01/2018
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del

evidal.ips.hco@gmail.com	3124297686
Correo Electrónico	Celular

E Vidal C

Firma del Afliado

CAROLINA TRUJILLO HERN
Firma y Nombre Superv

C.C. 39.557.874

ÓDIGO: AP-IA-FT-024
ERSIÓN: 01
ECHA: 2017-08-04

ndo Apellido

léfono Fijo

Honorarios

Contrato

JANDEZ
isor del Contrato

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 118755864

WEB
23:20:28

Bogotá DC, 03 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) JOSE JAIRO NAJAR ROMERO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 19489066:

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 lunes 03 de diciembre de 2018, a las 22:45:13, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	19489066
Código de Verificación	194890661812032245 13

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2581584

Bogotá D.C., 3 de Diciembre de 2018 - 22:59 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **JOSE JAIRO NAJAR ROMERO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **DIECINUEVE MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL SESENTA Y SEIS** de BOGOTA D.C.

19489066

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_SX2AC_5922
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 23:09:33 horas del 03/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **19489066**
Apellidos y Nombres: **NAJAR ROMERO JOSE JAIRO**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

ISO 9001 ISO 14001 ISO/IEC 27001

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.

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea
Todos los derechos reservados.

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 NAJAR ROMERO,JOSE JAIRO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 19.489.066 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 102616000, abierta/o desde el 07/02/2011.

Se expide en Bogota el día 18 del mes de Agosto del año 2016

Firma Autorizada

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