PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE MEDICINA

ACTA DE GRADO Nº SG— 3785

En la ciudad de Bogotá el día 27 del mes de septiembre de 2001 se llevó a cabo el acto de graduación, presidido por el Padre Gerardo Remolina Vargas, S.J. Rector en el cual la Pontificia Universidad Javeriana, previo el juramento reglamentario, confirió el título de

ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

a **FERLEY AXEL MOJICA GOMEZ**

identificado (a) con c.c. Nº 79'509.506 de Bogotá quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los Reglamentos y las normas legales; y le otorgó el Diploma Nº 2465 que lo (la) acredita como tal.

La Universidad está autorizada para conferir este título por las normas legales vigentes en Colombia.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado, en Bogotá el 27 de septiembre de 2001

Firmada por

GERARDO REMOLINA V., S.J. — Rector

JAIME BERNAL E., S.J. — Secretario General

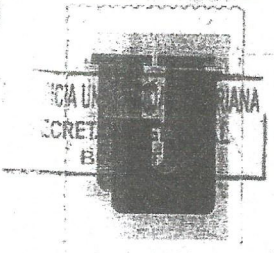
FRANCISCO HENAO P. — Decano

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

Santa Fe de Bogotá, D.C. 27 de septiembre de 2001

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA COLOMBIA

Secretario General



Como Notario(a) Cuarenta(40)(E) del Círculo de Bogotá, hago constar que esta copia fotostática coincide con el original con que fué confrontada.

12 OCT 2018

NOTARIA CUARENTA (40)(E) BOGOTÁ D.C. COLOMBIA

MARY LUCERO MUÑOZ N. Notaria Encargada Notaría Cuarenta (40) de Bogotá D.C.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NUMERO 8018

Como Notaria(o) Cuarenta (40) del Círculo de Bogotá, hago constar que esta copia fotostática coincide con el original con que fue confrontada.
12 OCT 2018
REPUBLICA DE COLOMBIA
MARY LUCERO MUNOZ M.
Notaria
DE 1993
Cuarenta (40) de Bogotá D.C.

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

EN SU SESION DEL DIA 6 DE JULIO DE 1993

ACTA No. 24 CONSIDERANDO QUE :

Ferley Axel Mojica Gómez

C.C. No. 79.509.506 BOGOTA

CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA UNIVERSIDAD RESUELVE OTORGARLE EL TITULO DE :

Médico Cirujano

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL Y DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL DECANO DE LA FACULTAD HIZO ENTREGA DEL DIPLOMA CORRESPONDIENTE REGISTRADO AL FOLIO No.155 - L54Ñ

Acuerdo número 156 de 1980 Consejo Superior Universitario

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA LA PRESENTE ACTA DE GRADO EN LA CIUDAD DE STAFE DE BTA A LOS 22 DIAS DEL MES DE JULIO DE 1993

PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

SECRETARIO DEL CONSEJO DIRECTIVO

0038410

03930

EL SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
CERTIFICA

Que en la fecha de expedición de este documento, ejerce las funciones de Secretario Académico de la Facultad de Medicina el doctor RODRIGO PARDO TURRIAGO.

Santafé de Bogotá, D.C. 21 de julio de 1993.

PAUL BROMBERG

Diligencia de Autenticación
El suscrito Notario Cuarenta del Circulo de Bogotá, D. E., hace constar que la firma que aparece en el presente documento, corresponde a Bromberg Z. Paul
C.C. No. 19170406 de Bta
La cual se encuentra registrada en este despacho. 03 AGO. 1993
Bogotá, D. E.
Autorizo el anterior reconocimiento
El Notario Cuarenta de Bogotá.

República de Colombia
AGUSTIN CASTILLO ZARATE
NOTARIO CUARENTA
Bogotá D.C.

Como Notario(a) Cuarenta(40)(E) del Circulo de Bogotá, hago constar que esta copia fotostática coincide con el original con que fue confrontada.
12 OCT. 2018
NOTARIO(A) CUARENTA(40)(E)
BOGOTA D.C., COLOMBIA

ALCALDIA MAYOR DE SANTA FE DE BOGOTA
SECRETARIA DE EDUCACION
DIVISION DE REGISTRO Y CONTROL DE DIPLOMAS
Registrado al folio 15 -N del libro 94
Fecha de registro 21 de Febrero de 94
Firma:

REPUBLICA DE COLOMBIA
MARY LUCERO MUÑOZ M.
Notaria Encargada
Notaría Cuarenta (40) de Bogotá D.C.

C-2455

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Ética Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Ética Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **FERLEY AXEL MOJICA GOMEZ,** identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 79509506 de Bogotá y T.P. o R.M. No. 79509506 del(a) Secretaria de Salud de Bogotá, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno..

Dada en Bogotá, D. C., a los veinte (20) días del mes de junio de dos mil diecisiete (2017) a solicitud del(a) interesado(a).

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA
PRESIDENTE

JAIME FERNANDO GUZMAN MORA MD., MSC.
Presidente

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119275357

WEB
09:45:51

Bogotá DC, 17 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) FERLEY AXEL MOJICA GOMEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79509506:

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 17 de diciembre de 2018, a las 10:11:39, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	79509506
Código de Verificación	79509506181217101139

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

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2616882

Bogotá D.C., 17 de Diciembre de 2018 - 10:05 am

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **FERLEY AXEL MOJICA GOMEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **SETENTA Y NUEVE MILLONES QUINIENTOS NUEVE MIL QUINIENTOS SEIS** de BOGOTA C D.

79509506

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 comuníquese con la Personería de Bogotá D.C.

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_DMMV8_0410
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 09:49:14 horas del 17/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **79509506**

Apellidos y Nombres: **MOJICA GOMEZ FERLEY AXEL**

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.

S.I.E.M

SISTEMA INTEGRAL DE EMERGENCIAS

N.I.T 830.067.206-1

313 427 1017

EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO ACUERDO EJECUTIVO No. 31 DEL 12 DE FEBRERO DE 1999
EXPEDIDO POR EL MINISTERIO DE SALUD Y LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO No. 1330 – 22 DE ABRIL DE 1999
EMANADA DE LA SECRETARIA DE EDUCACION DE BOGOTA D.C

CERTIFICA

FERLEY AXEL MOJICA GOMEZ

C.C. 79.509.506

Asistio Al Seminario De:

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE 40 HORAS

S.I.E.M. SISTEMA INTEGRAL DE EMERGENCIAS Medico Academico

BOGOTA D.C. 04 AL 07 DE NOVIEMBRE DEL 2018

Juan Carlos Acevedo
Enfermero Universidad Nacional
Especialista En Educacion Y Orientacion Sexual

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.509.506**

MOJICA GOMEZ

APELLIDOS

FERLEY AXEL

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-ABR-1975**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA **O+** G.S. RH **M** SEXO

30-JUN-1987 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00162660-M-0079509506-20090714 **0013**386428A 1 1140049314

OLDMUTUAL
Hagamos Grandes Cosas Juntos

Dirección: Av. 19 # 109 A - 30
Teléfono: +57 (1) 658 4000 - 484 1300
Bogotá, Colombia
Línea Nacional: 01 8000 517 526
www.oldmutual.com.co

Old Mutual Pensiones y Cesantías S.A. con Nit. 800.148.514-2 como administradora Old Mutual Fondo de Pensiones Obligatorias

Certifica

A quien interese

Que FERLEY AXEL MOJICA GOMEZ identificado con cédula de ciudadanía número 79509506 se encuentra afiliado(a) a OLD MUTUAL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS bajo la afiliación número 700001087764, vigente desde el 1 de Noviembre de 2007 .

La anterior certificación se expide por solicitud del afiliado en Bogotá el 17 de Diciembre de 2018.

Atentamente,

WALTER VALENZUELA CALDERON
Director de Servicio al Cliente

PORTAL-20181217-13:30-14374495

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) señor(a) FERLEY AXEL MOJICA GOMEZ identificado con CC 79509506 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios:	**01/08/2017**
IPS Cotizante:	**UT ALIANZA ATENCION INTEGRAL - MEDCENTER PLUS IPS 104**
Categoría:	**C**
Estado:	**ACTIVO**

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá **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:

CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2013/11/13

Por medio de la presente hacemos constar que el señor FERLEY AXEL MOJICA GOMEZ con Cédula de Ciudadanía número 79509506 de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número	005300365938
Fecha Apertura	2006/09/15

Cordialmente,

DAVIVIENDA
AV. CR 15 #

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

DIAN

Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Declaración de Renta y Complementarios Personas Naturales y Asimiladas No Obligadas a llevar Contabilidad

210

1. Año: 2016

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2111310190651

(415)7707212489984(8020) 000211131019065 1

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12. Cód. Dirección seccional
7950950106	9	MOJICA	GOMEZ	FERLEY	AXEL	32

24. Actividad económica: 8621 — Si es una corrección indique 25. Cód. 1 — 26. No. Formulario anterior: 2111309463671

28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque "X"): [ ]

Patrimonio	Total patrimonio bruto	30	710,628,000
	Deudas	31	87,000,000
	Total patrimonio líquido	32	623,628,000
Ingresos	Recibidos como empleado	33	0
	Recibidos por pensiones jubilación, invalidez, vejez, de sobreviviente y riesgos laborales	34	0
	Honorarios, comisiones y servicios	35	178,952,000
	Intereses y rendimientos financieros	36	0
	Dividendos y participaciones	37	0
	Otros (Ventas, arrendamientos, etc.)	38	0
	Obtenidos en el exterior	39	0
	Total ingresos recibidos por concepto de renta	40	178,952,000
	No Constitut. renta ni gan ocasional: Dividendos y participaciones	41	0
	No Constitut. renta ni gan ocasional: Donaciones	42	0
	No Constitut. renta ni gan ocasional: Pagos a terceros por alimentación	43	0
	No Constitut. renta ni gan ocasional: **Otros ingresos no constitutivos de renta**	44	0
	No Constitut. renta ni gan ocasional: **Total ingresos no constitutivos de renta ni ganancia ocasional**	45	0
	Total ingresos netos	46	178,952,000
Costos y deducciones	Gastos de nómina incluidos los aportes a seguridad social y parafiscales	47	9,101,000
	Deducción por dependientes económicos	48	0
	Deducción por pagos de intereses de vivienda	49	0
	Otros costos y deducciones	50	64,480,000
	Costos y gastos incurridos en el exterior	51	0
	Total costos y deducciones	52	73,581,000
Renta	**Renta líquida ordinaria del ejercicio**	53	105,371,000
	o Pérdida líquida del ejercicio	54	0
	Compensaciones (Por exceso de renta presuntiva)	55	0
	Renta líquida	56	105,371,000
	Renta presuntiva	57	17,809,000
	Renta exenta: Gastos de representación y otras rentas de trabajo	58	0
	Renta exenta: Aportes obligatorios al fondo de pensión	59	0
	Renta exenta: Aportes a fondos de pensiones voluntarios	60	0
	Renta exenta: Aportes a cuentas AFC	61	0
	Renta exenta: Otras rentas exentas	62	0
	Renta exenta: Por pagos laborales (25%) y pensiones	63	0
	Renta exenta: **Total renta exenta**	64	0
	Rentas gravables	65	0
	Renta líquida gravable	66	105,371,000

Ganan. Ocasional	Ingresos por ganancias ocasionales en el país	67	0
	Ingresos por ganancias ocasionales en el exterior	68	0
	Costos por ganancias ocasionales	69	0
	Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	70	0
	Ganancias ocasionales gravables	71	0
Determinación de la renta gravable alternativa - IMAN, para empleados	**Total ingresos obtenidos periodo gravable**	72	0
	Dividendos y participaciones no gravados	73	0
	Indemnizaciones en dinero o en especie por seguro de daño	74	0
	Aportes obligatorios al sistema general de seguridad social a cargo del empleado	75	0
	Gastos de representación exentos	76	0
	Pagos catastróficos en salud efectivamente certificados no cubiertos por el POS	77	0
	Pérdidas por desastres o calamidades públicas	78	0
	Aportes obligatorios a seguridad social de un empleado del servicio doméstico	79	0
	Costo fiscal de los bienes enajenados	80	0
	Indemnizaciones y otros Lit. i) Art 332 ET	81	0
	Retiros fondos de pensión de jubilación e invalidez, fondos de cesantías y cuentas AFC	82	0
	Renta Gravable Alternativa (Base del IMAN)	83	0
Liquidación privada	**Impuesto sobre la renta líquida gravable**	84	18,793,000
	Impuesto Mínimo Alternativo Nacional -IMAN, empleados	85	0
	Descuentos: Impuestos pagados en el exterior sobre dividendos y participaciones lit a), b) y c) art. 254 E.T.	86	0
	Descuentos: Impuestos pagados en el exterior sobre dividendos y participaciones lit d) art. 254 E.T.	87	0
	Descuentos: Por impuestos pagados en el exterior distintos a los registrados anteriormente	88	0
	Descuentos: Otros	89	0
	Descuentos: **Total descuentos tributarios**	90	0
	Impuesto neto de renta	91	18,793,000
	Impuesto de ganancias ocasionales	92	0
	Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	93	0
	Total impuesto a cargo	94	18,793,000
	Anticipo renta por el año gravable 2016	95	0
	Saldo a favor año 2015 sin solicitud de devolución o compensación	96	403,000
	Total retenciones año gravable 2016	97	18,784,000
	Anticipo renta por el año gravable 2017	98	0
	Saldo a pagar por impuesto	99	0
	Sanciones	100	0
	Total saldo a pagar	101	0
	o Total saldo a favor	102	394,000

103. No. Identificación signatario: | 104. DV:

105. No. Identificación dependiente: | 106. Parentesco: | 107. Total dependientes:

981. Cód. Representación: [ ]

Firma del declarante o de quien lo representa

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

Banco de Occidente
OF. CENTRO MAYOR - BTA.
3 E 9 OCT 2018 3
RECIBIDO SIN PAGO

980. Pago total $: 0

Banco de Occidente

23931300 2

(415)7707212489953(8020)23277012072600

2017638101 9065

VISTO CERO

Declaración de Renta y Complementario Personas Naturales y Asimiladas de Residentes y Sucesiones Ilíquidas de Causantes Residentes

210

1. Año: 2017

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 2113303675117

(415)7707212489981(8020) 000211330367511 7

Datos del declarante

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12. Cod. Dirección seccional
7 9 5 0 9 5 0 6	9	MOJICA	GOMEZ	FERLEY	AXEL	3 2

24. Actividad económica	Si es una corrección indique:	25. Cód.	26. No. Formulario anterior	27. Fracción año gravable 2018 (Marque "X")	28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque "X")
8 6 2 1		0			

Patrimonio	Patrimonio bruto	29	770,000,000
	Deudas	30	97,000,000
	Total patrimonio líquido	31	673,000,000
Rentas de trabajo	Ingresos brutos por rentas de trabajo (art 103 E.T.)	32	0
	Ingresos no constitutivos de renta	33	0
	Renta líquida	34	0
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables	35	0
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables (limitadas)	36	0
	Renta líquida cedular de trabajo	37	0
Renta de pensiones	Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	38	0
	Ingresos no constitutivos de renta	39	0
	Renta líquida	40	0
	Rentas exentas de pensiones	41	0
	Renta líquida cedular de pensiones	42	0
Rentas de capital	Ingresos brutos rentas de capital	43	0
	Ingresos no constitutivos de renta	44	0
	Costos y gastos procedentes	45	0
	Renta líquida	46	0
	Rentas líquidas pasivas de capital – ECE	47	0
	Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas de capital	48	0
	Rentas exentas de capital y deducciones imputables (limitadas)	49	0
	Renta líquida ordinaria del ejercicio	50	0
	Pérdida líquida del ejercicio	51	0
	Compensación por pérdidas de ejercicios anteriores	52	0
	Renta líquida cedular de capital	53	0
Rentas no laborales	Ingresos brutos rentas no laborales	54	191,505,000
	Devoluciones, rebajas y descuentos	55	0
	Ingresos no constitutivos de renta	56	9,221,000
	Costos y gastos procedentes	57	40,120,000
	Renta líquida	58	142,164,000
	Rentas pasivas no laborales – ECE	59	0
	Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas no laborales	60	47,064,000
	Rentas exentas no laborales y deducciones imputables (limitadas)	61	47,064,000
	Renta líquida ordinaria del ejercicio	62	95,100,000
	Pérdida líquida del ejercicio	63	0
	Compensaciones	64	0
	Rentas líquidas gravables no laborales	65	0
	Renta líquida cedular no laboral	66	95,100,000

Renta por dividendos y participaciones	Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	67	0
	Ingresos no constitutivos de renta	68	0
	Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	69	0
	1a. Subcédula año 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	70	0
	2a. Subcédula año 2017 y siguientes Parágrafo 2 art. 49 del E.T.	71	0
	Renta líquida pasiva dividendos - ECE y/o recibidos del exterior	72	0
	Rentas exentas de la casilla 72	73	0
	Rentas líquidas gravables de dividendos y participaciones	74	0
Renta	**Total rentas líquidas cedulares**	75	95,100,000
	Renta presuntiva	76	21,327,000
Ganancia Ocasional	Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior	77	300,000,000
	Costos por ganancias ocasionales	78	190,000,000
	Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	79	110,000,000
	Ganancias ocasionales gravables	80	0
Liquidación privada — Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	De trabajo y de pensiones	81	0
	De capital y no laborales	82	17,061,000
	Por dividendos y participaciones año 2016 – casilla 69	83	0
	Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes. 1a. Subcédula	84	0
	Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes. 2a. Subcédula, y otros	85	0
	Total Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	86	17,061,000
	Impuesto sobre la renta presuntiva	87	0
	Total impuesto sobre la renta líquida	88	17,061,000
Descuentos	Impuestos pagados en el exterior	89	0
	Donaciones	90	0
	Otros	91	0
	Total descuentos tributarios	92	0
	Impuesto neto de renta	93	17,061,000
	Impuesto de ganancias ocasionales	94	0
	Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	95	0
	Total impuesto a cargo	96	17,061,000
	Anticipo renta liquidado año gravable anterior	97	0
	Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	98	394,000
	Retenciones año gravable a declarar	99	20,456,000
	Anticipo renta para el año gravable siguiente	100	0
	Saldo a pagar por impuesto	101	0
	Sanciones	102	0
	Total saldo a pagar	103	0
	Total saldo a favor	104	3,789,000

105. No. Identificación signatario	106. DV	107. No. Identificación dependiente	108. Parentesco

981. Cód. Representación: 10 | Firma del declarante o de quien lo representa

982. Cód. Contador | Firma contador | 994. Con salvedades

983. No. Tarjeta profesional

997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora

Banco de Occidente
OF. CENTRO MAYOR - BTA.
3 - 9 OCT 2018 3
RECIBIDO SIN PAGO

980. Pago total $: 0

Banco de Occidente

23931298 2

(415)7707212489953(8020)23277012072592

2018638036751 1

INTOGRAFIA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 26-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, FERLEY AXEL MOJICA GOMEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 79509506 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección carrera 21 137-38 **Teléfonos** 3125741468 7532527

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 170.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 170.000.000,00

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

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
PROMEDICO	CREDITO	$ 40.000.000,00
DAVIVIENDA	CREDITO	$ 31.000.000,00
DAVIVIENDA	CREDITO	$ 12.000.000,00

DAVIVIENDA	TARJETA CREDITO	$ 15.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
MARIA PAOLA SPIRKO SANCHEZ	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	32777289

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. 26-dic-2018
CIUDAD Y FECHA

Como Notario(a) Cuarenta(40)(E) del Círculo de Bogotá, hago constar que esta copia fotostática coincide con el original con que fué confrontada.

12 OCT 2018

NOTARIA(A) CUARENTA(40)(E) BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

LUCY LUCERO RUBIANO M.
Notaria Encargada

LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

PERSONERIA JURIDICA RES 19-01 DE DICIEMBRE 8 1933 - MINGOBIERNO

EN ATENCION A QUE

FERLEY AXEL MOJICA GOMEZ

HA CURSADO TODOS LOS ESTUDIOS Y CUMPLIDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR LA UNIVERSIDAD Y LAS DISPOSICIONES LEGALES PARA UN GRADO UNIVERSITARIO

EN LA FACULTAD DE **MEDICINA**

LE OTORGA

EN NOMBRE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y POR AUTORIZACION DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

EL TITULO DE **ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

EN FE DE LO CUAL FIRMAMOS Y SELLAMOS ESTE DIPLOMA

NOSOTROS EL RECTOR LOS DECANOS Y EL SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

EXPEDIDO EN BOGOTA,DC A LOS 27 DIAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2 001

RECTOR

SECRETARIO GENERAL

ASESORA

DECANO ACADEMICO

DECANO DEL MEDIO UNIVERSITARIO

DIRECTOR DE PROGRAMA

Nº 2465

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
Secretaría General
Este Diploma corresponde al folio 21
Libro 37 de actas de grado
Fecha de grado 30 de Nov. de 2001

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

Y EN SU NOMBRE

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Como Notario(a) Cuarenta(40)(E) del Círculo de Bogotá, hago constar que esta copia fotostática coincide con el original con que fué confrontada.
12 OCT 2018
LIDSY LUCERO MUÑOZ M.
Notaria Encargada
Notaría Cuarenta (40) de Bogotá D.C.

CONFIERE EL TITULO DE

Médico Cirujano

A

Ferley Axel Mojica Gómez

C.C. No. 79.509.506 EXPEDIDA EN BOGOTA

QUIEN CUMPLIO SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS.

EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE SANTAFE DE BOGOTA, A JULIO 22 DE 1993

DECANO DE LA FACULTAD

RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARIO DE LA FACULTAD

SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

SECRETARÍA DEL MINISTERIO

REGISTRADO AL FOLIO 15-M DEL LIBRO DE DIPLOMAS 94
21 de Febrero de 1994
0038410

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento

DATOS DEL PACIENTE. Bogotá D.C, 07/ene./2016 12:15 pm

Nombres:FERLEY AXEL MOJICA GOMEZ
Tipo de Documento: CC **Documento** 79509506
Sexo: M **F. Nacimiento:** 21/abr./1969 **Edad:** 46.7 años
Entidad:HOSPITAL EL TUNAL ESE **Cargo:** MEDICO ESPECIALISTA
Fecha y Hora entrega resultados: 07/ene./2016 12:18 p

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado el Examen Médico Ocupacional de **INGRESO**, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

1	APTO (A) FISICA / MENTALMENTE Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	Si	X	NO		
2	APTO (A)CON RESTRICCIONES QUE NO IMPIDEN SU DESEMPEÑO	Si		NO		
3	APTO CON PATOLOGIAS QUE PUEDEN AGRAVARSE CON EL TRABAJO	SI		NO		
4	CON RESTRICCIONES TEMPORALES PARA EL CARGO (APLAZADO)	Si		NO		
5	CON RESTRICCION ABSOLUTA PARA EL CARGO	Si		NO		
6	APTO (A) PARA MANIPULACIÒN DE ALIMENTOS	Si		NO		

Tipo de Restricciones ó Limitaciones: NO

Recomendaciones:

	Evitar sobrecargas mayores a 25 Kg.
	Acudir a consulta médica en su EPS para manejo y control por:
X	Nutricionales - Cambios de estilo de Vida
X	Valoración o control Optométrico
	Otras:

Requiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

C.VISUAL	X	C.AUDITIVO		R. BIOMECANICO		NUTRICIONAL		CARDIOVASCULAR	
RIESGO QUIMICO				PREVENCION DE ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES					

Exámenes Realizados:

Medico	X	Osteomuscular énfasis Espalda		Optometria	X	Agudeza Visual		Visiometria	
Espirometría		Audiometría		Frotis Garganta		KOH		RH		Coprológico		P. de O	
Glucosa		Hemograma		Serología		P. Alcohol		Drogas		Baciloscopia (BK)	
E.K.G.		Manipulación de Alimentos		Vacuna Tétanos		Enfasis Cardiovascular	
Perfil Lipidico		Psicométrico		F. Hepatica		Alturas		Otros:	

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera. Cualquier omision o falsedad sera causa justa de finalizacion del contrato.

Christian D. Rivera G.
RM 19388868 SSB
SO. 7754/08
Minsalud 01/18084/85

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A):
Christian Denny Rivera Gracia
RM 01/18084/85 MINSALUD, SSB 9807, SO 7754/08
Bogotá D.C, 07/ene/2016 12:15 pm

R.M.

Firma Examinado

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Nacional de Colombia
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Feiley Axel Mojico Goma 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:

Medico Cirujano
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 1/7/16
79509506

Tarjeta profesional No: 152395

Dirección de contacto: K21 137-36

Teléfono: 3125741468

Bogotá D.C

Señores:

Pontificio Universidad Javeriana
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

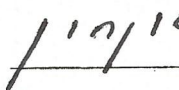
REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Faley Axel Mojico Gómez 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:

Especialista en Medicina Interna
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma 

No. de documento: 79509506

Tarjeta profesional No: 152395

Dirección de contacto: Kz 137-38

Teléfono: 3125741468

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

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

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

79509506		SURA	
Numero de Documento		ARL	
Ferley	Axel	MOJICA	Gomez
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
21/04/1969	BOGOTA	K21 137-38	7532625
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
Nueva EPS	OID MUTUAL	$ 6.000.000	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
Prestacion Servicio Medico Internista			
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
Ferleymojico@hotmail.com		3125741468	
Correo Electrónico		Celular	
Firma del Afliado		Firma y Nombre Supervisor del Contrato	
		C.C.	

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: 17-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MOJICA	GOMEZ	FERLEY AXEL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 79509506

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 88093 D.M 51

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 21 MES ABR AÑO 1969

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

carrera 21 137-38

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7532527

EMAIL ferleymojica@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 NOVIEMBRE AÑO 1986
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES	TEMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
ES	6	X		ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	8	2001	

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

Última Actualización: 17-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 INSTITUTO ROOSEVELT	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
TELÉFONOS 3534000	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 9 AÑO 2011		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA	*DEPENDENCIA* CLINICAS MEDICAS		*DIRECCIÓN* CARRERA 4 ESTE NUMERO 17-50

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	0	0
PRIVADO	7	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	7	0

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

Dic. 20/2018

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

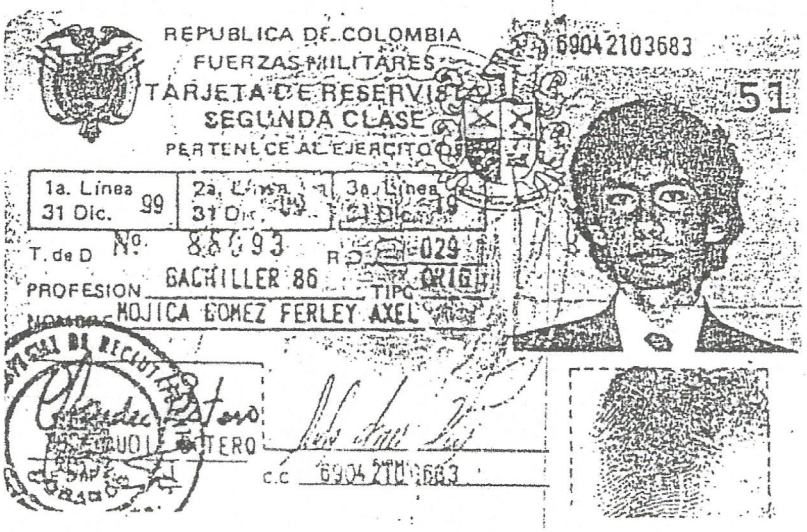
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
TARJETA DE RESERVISTA
SEGUNDA CLASE
PERTENECE AL EJERCITO

6904 2103683

51

1a. Línea	2a. Línea	3a. Línea
31 Dic. 99	31 Dic. 09	31 Dic. 19

T. de D. No. 86093 RD 029

PROFESION BACHILLER 86 TIPO ORIGI

NOMBRE MOJICA GOMEZ FERLEY AXEL

C.C. 6904 2103683

SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA

RESOLUCION NUMERO 023 DE 1995
(Enero 18/95)

De conformidad con el Decreto 1875 de agosto 3 de 1994 y

C O N S I D E R A N D O

Que FERLEY AXEL MOJICA GOMEZ C.C. No 79'509.506

De Bogotá Ha solicitado el registro de su TITULO

DE Médico Cirujano

Que le otorgó UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

El 22 de julio de 1993

Que dicho título se encuentra debidamente registrado en la Secretaría de Educación de Bogotá

Al Folio 15 M del libro 94 del 21 de febrero de 1994

Que cumplió con el SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO en la Secretaria de Salud de Boyacá Municipio de Saboya y Guacamayas Durante 1 año.

R E S U E L V E

ARTICULO PRIMERO: Autorizar a FERLEY AXEL MOJICA GOMEZ

Para ejercer la profesión de Médico Cirujano

en todo el territorio Nacional.

COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Tunja a los 18 días del mes de enero de 1995

JUAN MANUEL CORREDOR
Secretario de Salud de Boyacá

LUCILA ELSA CORTES DE PEÑA
Jefe Control de Medicamentos

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 * 79509506

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-26→2:32:23 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	79509506	FERLEY	AXEL	MOJICA	GOMEZ	**Ver**

Información Detallada [CC: 79509506] FERLEY AXEL MOJICA GOMEZ

2018-12-26→2:32:23 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Medicina	1995/1/18	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

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).

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:26/12/2018

CONTRIBUYENTE	C.C. 79509506	FERLEY AXEL MOJICA GOMEZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: KR 21 137 38 Teléfonos: 2581234

Dirección electrónica: hmojicaru@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: NO REGISTRA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: NO Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86211 - Actividades de la práctica médica, sin internación (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

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

Fuente: RIT-SHD

Version 2.02

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

00

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14254134926

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 7.9.5.0.9.5.0.6 — 5. DV: 9

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico: 3 3

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía — 1 3

26. Número de identificación: 7 9 5 0 9 5 0 6

27. Fecha expedición: 1 9 8 7

Lugar de expedición — 28. País: COLOMBIA — 1 6 9

29. Departamento: Bogotá D.C. — 1 1

30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.

31. Primer apellido: MOJICA

32. Segundo apellido: GOMEZ

33. Primer nombre: FERLEY

34. Otros nombres: AXEL

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA — 1 6 9

39. Departamento: Bogotá D.C. — 1 1

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C.

41. Dirección: CR 21 137 38 AP 305

42. Correo electrónico: ferleymojica@hotmail.com

43. Apartado aéreo:

44. Teléfono 1: 3 2 1 4 2 9 7 0 8 4

45. Teléfono 2:

UBICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código: 8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad: 2 0 0 3 0 1 0 1

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha de inicio actividad:

Otras actividades

50. Código: 1 2

Ocupación

51. Código: 2 2 2 1

52. No. establecimientos:

Responsabilidades

53. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18

5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

Unidades Funcionales

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Importadores

55. Forma: 56. Tipo:

Servicio	1	2
57. Modo		
58. CPC		

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI X NO

60. No. de Folios: 3

61. Fecha: 2 0 1 3

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

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante: 1/12/12 / 79509506

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada: Lorena Llanos.

664. Nombre: LLANOS ALVAREZ YERID LORENA

666. Cargo: Punto de Contacto Presencial

Fecha generación documento PDF: 14-09-2

DOCUMENTO NO CERTIFICADO SIN COSTO

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:	Dic 26/2018	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 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 Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MOJICA	Gomez	Feiley	Axel

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	79509506	BOGOTA	30/06/1987
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
21/04/1969	BOGOTA	COLOMBIA	COLOMBIANO

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULA
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	2	1	3125741468

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCI
Karrera 21 131-38	BOGOTA	CONDINAMARCA	COLOMBIA	7532525

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
Feileymojica@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	SEGUNDO NOMBRE
SPIRKO	SANCHEZ	MARIA	PAOLA

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐	32777289	Barranquilla	1993/02/26
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐	NACIONALIDAD: Colombiana

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA					CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI ☒ NO ☐	IVA	SI ☐	NO ☒		8621
		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 ☒	Subred Integrada Servicios Salud Centro Oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☐	# NIT	900959051

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
D934 # 5-43	344 4484	BOGOTA	Cundinamarca	Colombia

CARGO ACTUAL	Medico Internista.	FECHA VINCULACION	01/04/2016

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	—	GASTOS FAMILIARES	8.000.000	AHORROS	1.500.000	SALDO HIPOTECA	—
HONORARIOS	17.000.000	ARRIENDOS	—	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	25.000.000
ARRIENDOS	—	CUOTA VEHICULO	800.000	VEHICULOS	—	DEUDA VEHICULOS	30.000.000
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES	20.000.000	DEUDAS TERCEROS	—
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	—	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	40.000.000
TOTAL INGRESOS	17.000.000	TOTAL EGRESOS	8.800.000	TOTAL ACTIVOS	21.500.000	TOTAL PASIVOS	95.000.000

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
			Credito Promedico

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
Mojica	Ruiz	Henry	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Carrera 72 calle 137.	Bogotá/cund/colombia	Amigo	2581234

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Cuenta Ahorros	005300365938	Plaza de las Americas	3383838

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 **SUBRI 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 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.):

Médico Internista.

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 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 SUBRI 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 c 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 to 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 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:** 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 DATOS FINANCIERA, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estanda 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 aplicable 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 u 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 comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualqu 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 pa 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 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 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 prevenci 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 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 informaci 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 servic 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 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 virt 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 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 E 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 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 gestion 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 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 finalidad 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 si 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. 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 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 responderla

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, actualiz rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

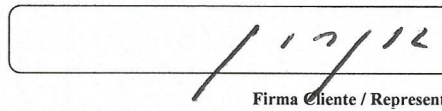
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfie 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 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 la prevención y control del fraude.***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.

9.AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por 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 D DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal

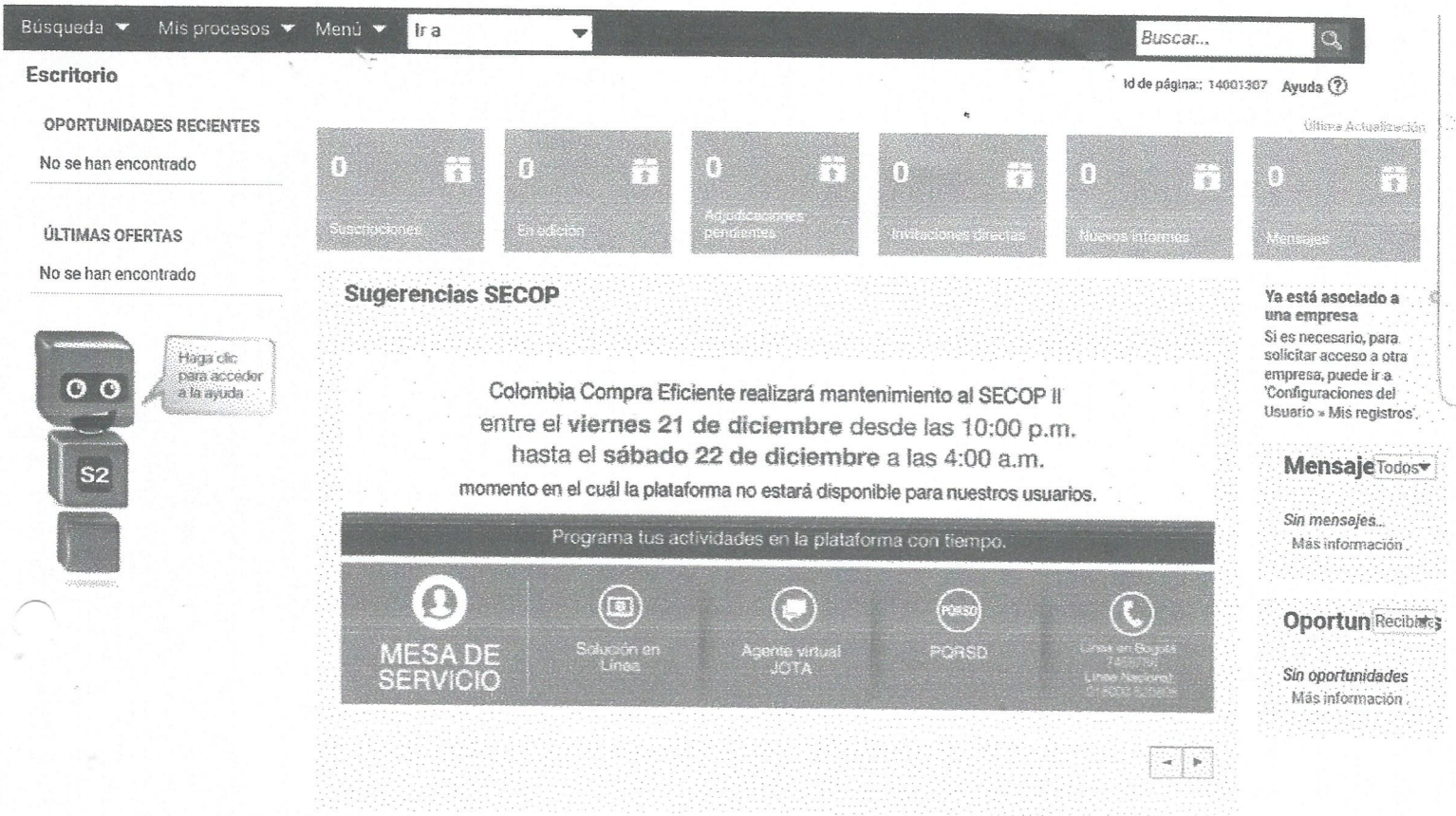
Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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


Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio
Id de página:: 14001307
Ayuda
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
Última Actualización
Suscripciones
En edición
Adjudicaciones pendientes
Invitaciones directas
Nuevos informes
Mensajes
Sugerencias SECOP
Haga clic para acceder a la ayuda
S2
Colombia Compra Eficiente realizará mantenimiento al SECOP II
entre el viernes 21 de diciembre desde las 10:00 p.m.
hasta el sábado 22 de diciembre a las 4:00 a.m.
momento en el cuál la plataforma no estará disponible para nuestros usuarios.
Programa tus actividades en la plataforma con tiempo.
MESA DE SERVICIO
Solución en Línea
Agente virtual JOTA
PQRSD
Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar acceso a otra empresa, puede ir a 'Configuraciones del Usuario » Mis registros'.
Mensaje
Todos
Sin mensajes...
Más información
Oportun
Recibidas
Sin oportunidades
Más información

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
28042000
MOJICA GOMEZ
FERLEY ANIEL
795095
MEDICO CIRUJANO
SALUD
FIRMA
FIRMA AUTORIZADA

ESQUEMA ANTIRRABICO

	Nº DOSIS	Nº DIA	FECHA	FIRMA
POST-EXPOSICION	1ª	0		
	2ª	3		
	3ª	7		
	4ª	14		
	5ª	28		
PRE-EXPOSICION	1ª	0		
	2ª	7		
	3ª	28		
	Refuerzo	1 año		
	Refuerzo	3 años		

OTRAS		
	Prueba de Tuberculina	1ª Dosis
		2ª Dosis
		3ª Dosis
	Gamaglobulina	
	Suero Antiofídico	
	Suero Antirrábico	

Anotaciones Especiales

VIGILADO Supersalud

Cruz Roja Colombiana

Seccional Cundinamarca y Bogotá D.C.
S.A.M.U.

Teléfono: 428 1111 Ext. 101 y 142 Bogotá
www.cruzrojacundinamarca.org.co

32911

CARNET DE VACUNACIÓN NACIONAL

NOMBRE Farley Mojica

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO M

TELEFONO _____

Sv004

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

Consérvelo

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

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Farley mojica

Apellidos:

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 79.509.506

Fecha de Nacimiento: Día 21 Mes 09 Año 1967

VACUNAS		FECHA	FIRMA
POLIO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
D.P.T.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
	Refuerzo		
9 m	Sarampión		
TRIVIRAL	Paperas		
	Rubeola		
	Sarampión		
	Refuerzo		
HA...PHILUS INFLUENZAE	1ª Dosis	07/jun/2016	Cruz
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		
ANTI HEPATITIS "B"	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	3ª Dosis		
	Refuerzo		

VACUNAS		FECHA	FIRMA
T.D.	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo*		
TETANO	1ª Dosis		
	2ª Dosis		
	Refuerzo		
FIEBRE AMARILLA LOTE Nº (Valida por 10 años)			
FIEBRE TIFOIDEA			
Neumococo Conjugado	1ª		
	2ª		
	3ª		
	4ª		
Neumo. Polisacárido	1ª		
	Refuerzo		
Hepatitis A	1ª		
	2ª		
Varicela	1ª	07/jun/2016	Cruz
	2ª		
Influenza (Gripe)	1ª		
	2ª		
T-HINI.	3ª		

07 JUN 2016 CRUZ ROJA COLOMBIANA VACUNACION AEROPUERTO

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1	15-01-2010	-	
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	15-01-2010	—	
	2	15-07-2010	—	
	3	21-09-2010	—	
	R	23-03-2015	—	

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