



Buscar por procesos

Menú

Actualizar el contraseña



UTC-5 12:24:46

Buscar...

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones JULIAN ANDRES GARCIA CUSGUEN,

JULIAN ANDRES GARCIA CUSGUEN con el Número de documento 1016095998 creada

Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.

Haga clic aquí para continuar >

Id de página: 14001741 Ayuda ?



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

ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Última Actualización: 22-ene-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GARCIA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CUSGUEN	NOMBRES JULIAN ANDRES
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1016095998	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 1016095998 D.M. 003		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 4 MES JUN AÑO 1997 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 54 c sur 88-16 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 8112201 EMAIL julsdvsvf@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO Bachiller			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA	FECHA DE GRADO				
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES	DICIEMBRE	AÑO	2015



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 22-ene-2019

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 Lavaset	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 7024602	FECHA DE INGRESO DÍA 26 MES 9 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 7 MES 1 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO Auxiliar de lavandería	DEPENDENCIA lavandería	DIRECCIÓN USS Kennedy	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

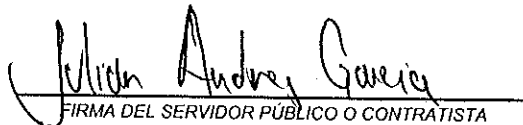
OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	0	0
PRIVADO	0	3
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	3

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

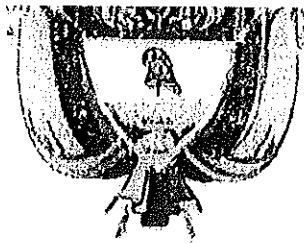


Última Actualización: 22-ene-2019

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



La República de Colombia
El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre el

Colegio Simón Bolívar

Institución Educativa Distrital

Horunda Tarde

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.,
según Resolución No. 7442 del 13 de noviembre de 1998

Confiere a:

Julían Andrés García Cusquen

C.C. No. 1016095998 de Bogotá, D.C.

El Título de Bachiller Académico

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



Jorge Enrique Laverde Herrera
Rector

Nancy Jairo García Moreno
Secretaría Académica

Registro Interno

Acta No. 081

Folio No. 086

Elado en Bogotá, D.C., a los 2 días del mes de diciembre de 2015

Este Diploma no requiere ser registrado en la Secretaría de Educación
de conformidad con el Decreto No. 921 del 8 de mayo de 1994
y 2130 del 5 de diciembre de 1993, de la Presidencia de la República



Acta Individual de Grado

COLEGIO SIMÓN BOLÍVAR **INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL**

Carrera 92 No. 87A - 60 - Tel. 2767588

Jornada Tarde

Dane: 11126500396

Código ICES: J.M. 027524 - J.T.: 027516

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los dos (02) días del mes de diciembre de 2015 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria Académica en la Rectoría del **COLEGIO SIMÓN BOLÍVAR** Institución Educativa Distrital, aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Básica Secundaria y Media Vocacional para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad Académica, según Resolución No. 7442 del 13 de noviembre de 1998 emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

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

Julian Andrés García Cusquen

C.C. No. 1016095998 de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 081 de fecha 02 de diciembre de 2015, en fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7° del Decreto 180 de 1981.

Firmada por JORGE ENRIQUE LAVERDE HERRERA (Rector) y
DARCY INÉS GARCÍA MORENO (Secretaria Académica)

Dada en Bogotá, D.C., a los 2 días del mes de diciembre de 2015

Rector

JORGE ENRIQUE LAVERDE HERRERA

C.C. No. 19.257.696 de Bogotá

Secretaria Académica

DARCY INÉS GARCÍA MORENO

C.C. No. 51.793.822 de Bogotá

No requiere ser registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de mayo de 1994



Instituto de **Educación**

Cruz Roja Colombiana
Sección: Educación y Boga

Hace constar que:

JULIAN ANDRES GARCIA CUSGUEN

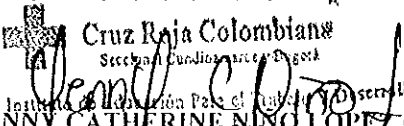
Identificado (a) con:

C.C. 1.016.095.998

Participó en el curso:

CAMILLERO

Con intensidad de 40 horas


Instituto de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
YENNY CATHERINE NIÑO LOPEZ C.C. 52.855.705
COORDINACIÓN ACADÉMICA

Firma Autorizada

Realizado el:

23 DE NOVIEMBRE DE 2017

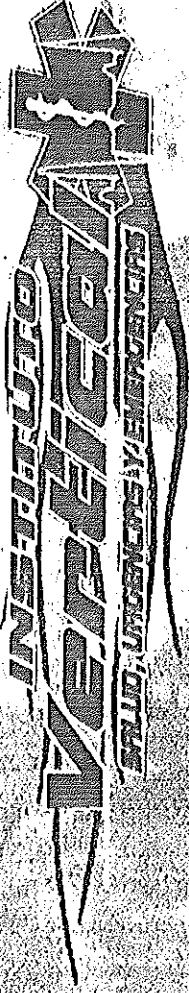
Código N°

EDI-SL-221004-184
VALIDEZ POR 2 AÑOS

Instituto de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Resolución 10-005 del 20 de Enero de 2010

13 años
Educar para la Vida



EL INSTITUTO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO BAJO LA LEY 115 DE 1994
DECRETO 114 DE 1986 Y 2823 DEL 2007 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y ACUERDO O.M.S 0555

EL INSTITUTO DE CAPACITACIÓN EN SALUD URGENCIAS Y EMERGENCIAS VERTICAL

CERTIFICAN QUE:

Julian Andres Garcia Cusquen

cc: 1.016.095.998

ASISTIÓ AL CURSO SOBRE:

MANEJO INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS


JUAN CAMACHO JIMENEZ
DIRECTOR V.S.U.E


DRA. YISMI ARIANA BONILLA
COORDINADORA ACADÉMICA

C-0490
CÓDIGO DE VERIFICACION

WWW.VERTICALSALUD.COM

ORDEN EN BOGOTÁ A LOS 09 DÍAS DEL MES DE ENERO DE 2019

Bogotá D.C

Señores:

Instituto de Educación Cruz Roja Colombiana

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

REB, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Julian Andres Garcia Cusquen 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:

Camillero.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

Julian Andres Garcia

No. de documento:

1.016.095.998.

Tarjeta profesional No:

Dirección de contacto:

CL 54C Sur No 88-16.

Teléfono:

3057837120.

EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE

LAVASET S.A.S

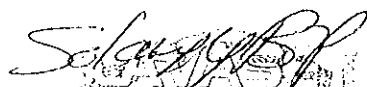
NIT. 900.405.170-8

CERTIFICA QUE:

El señor **GARCIA CUSGUEN JULIAN ANDRES** Identificada con **CC 1.016.095.998** de Bogotá, laboro en nuestra compañía como **AUXILIAR DE LAVANDERIA**, desde el día **26 de Septiembre de 2018** hasta el **07 de Enero de 2019**. Devengando un salario mensual de **\$781.242** pesos m/cte. y bonificaciones mensuales promedio de **\$200.000** pesos m/cte., bajo contrato a término fijo.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Enero de 2019.

Atentamente.



Solángy Barreto
Asistente Administrativo
LAVASET S.A.S

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.095.998

GARCIA CUSGUEN

APellidos

JULIAN ANDRES

Nombre



Julian Andres Garcia Cusguen
Firma



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

04-JUN-1997

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75

O+

M

ESTATURA

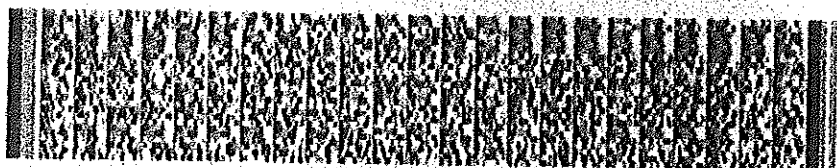
G.S. RH

SEXO

29-JUL-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANTONIO GARCIA TORRES



P-1500150-00744617-M-1016095998-20150907

0046300112A 2

45227511

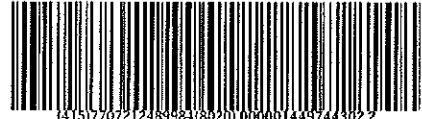
2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14497443022



(415)7707212489581(8020)0000014497443022

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 1 6 0 9 5 9 9 8

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

1 3

26. Número de identificación:

1 0 1 6 0 9 5 9 9 8

27. Fecha expedición:

2 0 1 5 0 7 2 9

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

GARCIA

32. Segundo apellido

CUSGUEN

33. Primer nombre

JULIAN

34. Otros nombres

ANDRES

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección principal

CL 54 C SUR 88 16 BRR BOSA

42. Correo electrónico:

julsdvst@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

3 0 5 7 8 3 7 1 2 0

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 9 0 1 2 1

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 2

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

60. No. de Folios:

61. Fecha:

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:

Julian Andres Garcia

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

985. Cargo:



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA

Secretaría de Hacienda

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

Página 1/ 1

Fecha: 22/01/2019

CONTRIBUYENTE

C.C. 1018095998

JULIAN ANDRES GARCIA CUSGUEN

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 54 C SUR 88 16

Teléfonos: 3057837120

Dirección electrónica: julsdvst@gmail.com

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Municipio: BOGOTÁ DC

Fecha de Inscripción: NO REGISTRA

Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL

Régimen tributario: SIMPLIFICADO

Fecha desde: 21/01/2019

Matrícula Mercantil: NO

Fecha inicio de Actividades: 21/01/2019

Fecha de cese de Actividades: NO

No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (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
Secretaría de Hacienda Distrital.

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

Fuente: RIT-SHD





REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL



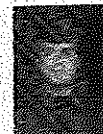
FUERZAS MILITARES
EJÉRCITO NACIONAL
TARJETA MILITAR DE PRIMERA CLASE
RESERVISTA DE PRIMERA CLASE



1016095998

NOMBRES: JULIAN ANDRES

APELLIDOS: GARCIA CUSQUEN



ESTE DOCUMENTO ES OBLIGATORIO PRESENTARLO PARA TODOS LOS ACTOS PÚBLICOS Y PRIVADOS
DETERMINADOS POR LA LEY 48/93 Y DEMÁS LEYES QUE LO MODIFIQUEN O ADICIONEN.

PERTENECE A LA RESERVA DE:

FECHA DE 1ª LÍNEA

2017

FECHA DE 2ª LÍNEA

2027

FECHA DE 3ª LÍNEA

2037

UNIDAD MILITAR: BATALLON GUARDIA PRESIDENCIAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: 15/11/2016

DISTRITO MILITAR: 003

DIRECTOR DE RECLUTAMIENTO DEL EJÉRCITO

A089687



VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
DPT ACCELURAR	1			
NEUMOCOCO	1			
MENINGOCOCO	1			
ANTIRRABICA	1			
	2			
	3			
F. TIFOIDEA	1			
T. VIRAL	1			
	2			

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Centro Especializado en Vacunación

Nº 8810



IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

NIT. 900.394.707-3 - Cod. del Prestador 110012180401

NOMBRE: Julian Andres Garcia

IDENTIFICACIÓN: 1016095998

TELÉFONO: 3057837170 F.N.: 04.06.97

Carrera. 18C No. 26A-08 Sur B. Olaya

Tel.: (01) 804 10 05 - Cel: 321 322 90 92 - 310 674 82 24 - 320 420 17 13

e-mail: vacunarcolombia2014@gmail.com • www.ipsvacunarcolombia.com

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B	1	12 ENE. 2019	L AHBVC864A1	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
	2		V.08/2020	NIT: 900-394-707-3
	3			
	R			
HEPATITIS A+B	1			
	2			
	3			
HEPATITIS A	1			
	2			

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
VARICELA	1			
	2			
INFLUENZA	1			
	2			
TOXOIDE TETANICO DIFTERICO TD	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
F. AMARILLA	1			



EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Medica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

NII: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaría 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 Secretaría de Salud



Nro. 24383

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA: 19/01/2019 HORA: 1:00:

EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO

NOMBRES: JULIAN ANDRES GARCIA CUSGUEN

CEDULA: 1016095998

EDAD: 21 GENERO: M

EMPRESA: SUBRED CENTRO-ORIENTE

CARGO: CAMILLERO

TELEFONO: 3051837120

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Medica Laboral	Si	SATISFACTORIO	Respiratorio	Si
Spirometria	--		Dermatologia	Si
Audiometria	--		Osteomuscular	Si
Visiometria	--		Cardiovascular	Si
Optometria	--		Prueba de equilibrio	--
Electrocardiograma	--		Radiologia Tunel/carpo	--
Psicología Laboral	--		Radiologia Columna	--
Vacunas	--		Radiologia Torax	--

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Quadro Hematico IVG	--	Parcial de Orina	--
Glicemia	--	RH-Grupo Sanguineo	--
Cholesterol	--	KOH Uñas	--
Trigliceridos	--	Frotis Faringeo	--
Urologia	--	Coprologico	--

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) -- Según Res.1409 del 3 de Julio de 2012

Apto Para el cargo sin Restricciones SI Aplazado --

Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo -- No Apto Para Este Cargo --

Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel -- --

Examen PERIODICO Satisfactorio -- Examen de EGRESO Satisfactorio --

ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR SATISFACTORIO. APTO PARA EL CARGO. ACTIVIDAD LABORAL EN SUPERFICIE.

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	SI	Uso de Doble Protección Auditiva	--	Evitar Posturas Prolongadas	--
Posturas Activas	SI	Control Optometrico Periodico	--	Uso de Medias de Compresión Graduado	--
Ergonomía del Puesto de trabajo	SI	Uso de Lentes Permanentes	--	Valoración y Manejo en IPS	--
Uso de Elementos de Protección Personal	SI	Uso de Lentes Visión Cercana	--	Dieta - Ejercicio Fisico	--
Valoración por IPS de Medicina Laboral	--	Control de Tension Arterial	--	Control Espirómetros	--
Control Audiometrico	--	Estilos de Vida Saludable	--	Control Médico Ocupacional Anual	--

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De Lectura Obligatoria)

comprendido el propósito, los beneficios, la importancia y los riesgos del examen médico, paracénico(s) y/o ocupacionales me van a practicar. Garantizo que las respuestas administradas por mí 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 en la información 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 y sello profesional que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de prestar mi libre consentimiento.

AMILIO ERNESTO VELASQUEZ VELASCO
LICENCIADO No. 6970 DE 03/08/2009
Médico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No. 1016095998

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur

Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937

Fax: 239 0086

umedltda@gmail.com

www.umedips.com

Realice sus exámenes en Instituciones medicas
aprobadas por la Secretaría Distrital de Salud;
UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional



Instituto de **Educación**

Cruz Roja Colombiana
Sección Cundinamarca y Bogotá

Hace constar que:

JULIAN ANDRES GARCIA CUSGUEN

Identificado (a) con:

C.C. 1.016.095.998

Participó en el curso:

PRIMEROS AUXILIOS

Con intensidad de 30 horas



Cruz Roja Colombiana
Sección Cundinamarca y Bogotá

Instituto de Educación Para el Trabajo y el Desarrollo Humano
YENNY CATHIERINE NINO LOPEZ C.C. 52.855.705

COORDINACIÓN ACADÉMICA
Firma Autorizada

Realizado el:

16 DE NOVIEMBRE DE 2017

Código N° EDU-SI-221001-183
VALIDEZ POR 2 AÑOS

Instituto de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano
Resolución 10-005 del 20 de Enero de 2010

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

FECHA: CIUDAD: Bogotá D.C. DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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 Políticas 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: Garcia SEGUNDO APELLIDO: Cuyuen PRIMER NOMBRE: Julian SEGUNDO NOMBRE: Andres

TIPO DE IDENTIFICACION: No IDENTIFICACION: LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio): Bogotá D.C. FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD): 29 de Julio de 2015

C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐ 1016095998 PASAPORTE ☐ OTRO ☐ ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO: 04-06-97 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): Bogotá D.C. PAIS NACIMIENTO: Colombia NACIONALIDAD: Colombiano.

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ PERSONA A CARGO: Ninguna NUMERO DE HIJOS: Ninguno TELEFONO CELULAR: 3057837120

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA

MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO TECNOLÓGICO ☐ BACHILLER ☒ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ CUAL:

DIRECCION RESIDENCIA: Calle 54 C Sur #88-16 CIUDAD RESIDENCIA: Bogotá DEPARTAMENTO: Cundinamarca PAIS RESIDENCIA: Colombia TELEFONO RESIDENCIA: 8112201

CORREO ELECTRONICO: julsduyf@gmail.com PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA: 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. ☐ NUP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO SI ☐ NO ☒		ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS SI ☐ NO ☒		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA Subred Integrada Centro Oriente	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☒ UD ☐		# NIT 900159051-7	
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TIPO ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐		OTRA ☐ CUAL: X			
DIRECCION DE LA EMPRESA Cra 14 # 1-45		TELEFONO 3282828		CIUDAD/MUNICIPIO Bogotá	
CARGO ACTUAL Camillero		FECHA VINCULACION		PAIS Colombia	

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	800.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	500.000
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	0	TOTAL EGRESOS	800.000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	500.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Mendez	Espinosa	Orlando	
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
Cra 19 58-21 Pácora	Ibagué-Tolima	Cunado	322 855 1140

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Av. Villas	Ahorros			

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:

IMPORT ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ RA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

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

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

Apoyo a la gestión como camillero

- 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, complement o modifique)
- 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, complement o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
- Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
- Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
- Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
- 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 despendibles 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 últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

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

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, enténdase 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 prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

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

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las regulaciones 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 comparados, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

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

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

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

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

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

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Dactilar Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JULIAN ANDRES GARCIA CUSGUEN identificado(a) con CC 1016095998 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

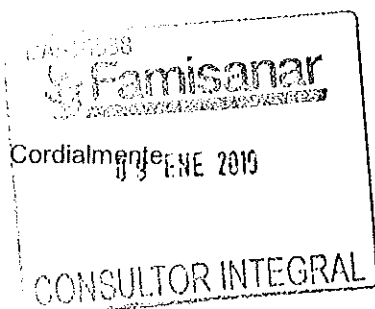
Fecha de Activación de Servicios: 22/03/2018
Estado de la Afiliación: ACTIVO
IPS: CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR
Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 9 días del mes de Enero del año 2019.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.



SONIA ALEYDA ARIAS GOMEZ
CONSULTOR INTEGRAL SENIOR
EPS FAMILANAR S.A.S



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JULIAN ANDRES GARCIA CUSGUEN**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 1,016,095,998, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 08 días del mes de Enero de 2019.

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1016095998

Numero de Documento

Sura

ARL

Julian

Primer Nombre

Andres

Segundo Nombre

Garcia

Primer Apellido

Cusquen

Segundo Apellido

04-06-1997

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogota D.C

Ciudad de Nacimiento

Calle 54 c Sur 88-16

Dirección de Residencia

8112201

Teléfono Fijo

Famisanar

EPS - Salud

Porvenir

AFP - Pensiones

\$

Honorarios

Comillero

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

julsdrgf@gmail.com

Correo Electrónico

3057837120

Celular

Julian Andres Garcia

Firma del Afiliado

Tatiana P. Clavijo

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

52.431204



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 120207782



WEB

20:50:41

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 08 de enero del 2019

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) JULIAN ANDRES GARCIA CUSGUEN identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1016095998:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 08 de enero de 2019, a las 20:54:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1016095998
Código de Verificación	1016095998190108205416

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB



Bogotá D.C., 17 de Enero de 2019 - 13:07 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL DIECISEIS MILLONES NOVENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO**

1016095998

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 Jazmín Cabaless 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.

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **1_3QDJC_0713**
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 20:44:47 horas del 08/01/2019, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 1016095998

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

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

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

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

[Volver al Inicio](#)



NIT. 860.035.827-5

**BANCO COMERCIAL
"AV VILLAS"**

NIT 860035827 - 5

CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

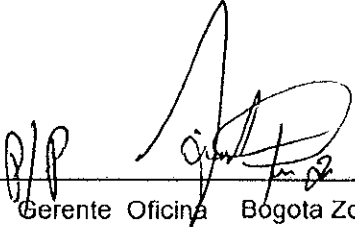
Que JULIAN ANDRES GARCIA CUSGUEN identificado con el documento No. 1.016.095.998

posee en la oficina Z.IND. EL ESPECTADOR (076) una cuenta de ahorros

No. 082935169 desde el 22 de Noviembre de 2017

Se expide la presente a solicitud del interesado a los 11 días del mes de Enero de 2019

Atentamente,


Gerente Oficina Bogota Zona Industri



Esta certificación tiene un costo de \$ 9.950,00 , el cual será debitado de su cuenta y se verá reflejado en el extracto de la misma.

CAP-IM1-119-V1