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 TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

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

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:		**FECHA**	17/12/2019	**N° FOLIOS**	
NOMBRE DEL CANDIDATO	Jonathan F. Arenales M.	**DOCUMENTO:**	80218592.		
TELEFONO	3142025853	**ACTIVIDAD SOLICITADA:**	Medico general Urgencias		

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN UN CD REGRAGABLE

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

	NECESIDAD DE PERSONAL OPS					
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL					
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI	☐	NO	☐	

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI	☑			
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI	☑			
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DILIGENCIADO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI	☑			
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - firmada y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI	☑			
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI	☑	N/A	☐	
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI	☑	N/A	☐	
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI	☑	NO	☐	
8	SI ES TITULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN DE TITULO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 06950 del 15 de mayo de 2015)	SI	☐	N/A	☑	
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TITULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Técnicos, Tecnólogos, Profesionales)	SI	☑	N/A	☐	
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI	☐	N/A	☑	
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI	☑			
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO - RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RIT): CÓDIGO CIIU 8621 01/03/2017	SI	☑			
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT	SI	☑			
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI	☑	N/A	☐	
15	TARJETA PROFESIONAL	SI	☑	N/A	☐	
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) - (Personal en Salud)	SI	☑	N/A	☐	
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN RETHUS (Personal de salud)	SI	☑	N/A	☐	
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI	☑	N/A	☐	
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) - Mínimo tres dosis vigentes (- 10 años de vigencia) Y/O O TITULACIÓN (reactiva)	SI	☑	N/A	☐	
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 3 años - Dec. 723/2013)	SI	☑			
21	CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL (RESOLUCION No 00002003 de 2014) (Personal Asistencial, Urgencias,Hospitalización y Consulta Externa)	SI	☑	N/A	☐	
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigencia 4 años	SI	☐	N/A	☑	
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGIA (Medico, Enfermera,Bacteriologo,Citohistotecnologo,Histocitotecnologo) Resolución 2003 de 2014	SI	☐	N/A	☑	
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÀSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulancias)	SI	☑	N/A	☐	
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, atención ambulatoria SPA, salud mental y personal APH)	SI	☑	N/A	☐	
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI	☐	N/A	☑	
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI	☐	N/A	☑	
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI	☐	N/A	☑	
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SARLAF) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI	☑			
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: Sanitas	SI	☑			
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN - NOMBRE: Colfondos	SI	☑			
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: Positiva	SI	☑			
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES - PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☑			
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☑			
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☑			
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI	☑			
37	CERTIFICACION BANCARIA (Debe contener nombre y logotipo Bancario, N° de documento y N° de cuenta)	SI	☑			

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V°/B° Responsable Talento Humano		**Fecha:**	
V°/B° Dirección Talento Humano		**Fecha:**	



Colombia Compra Eficiente

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones Jhonattan Fabian Arenales Muñoz,

Jhonattan Fabián Arenales Muñoz con el NIT 80218592 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 >

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*
ARENALES	MUÑOZ	JHONATTAN FABIAN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80218592

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 80218592 D.M 3

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 8 MES OCT AÑO 1981

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

AVENIDA CARRERA 68 #1-63 TORRE 4 APTO 1604

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4741699

EMAIL jhnattan_a@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 1998
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	12	X		MEDICO(A) CIRUJANO(A)	12	2006	250938/2007
MG	1		X	Master en epidemiologia y gestion de la salud			

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	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL LA VICTORIA	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	hospitalizacion@esevictoria.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5961020	DIA 15 MES 12 AÑO 2014	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
MEDICO HOSPITALARIO	MEDICINA INTERNA	DIAGONAL 39 SUR No. 3 20 ESTE

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	2	11
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	11

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO ___ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E 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).

Bogotá 17-12-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Jhonathan E. Arenas

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

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: 17-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JHONATTAN FABIAN ARENALES MUÑOZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 80218592 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección AVENIDA CARRERA 68 #1-63 TORRE 4 APTO 1604 **Teléfonos** 3142025853 4741699

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
GLORIA PATRICIA MUÑOZ VALENCIA	41792625	MADRE
TEODORO ARENALES WALTEROS	19359049	PADRE

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

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

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 85.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 85.000.000,00

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
citibank	corriente	1000156236	restrepo	$ 1.000.000,00
citibank	ahorros	1000156244	restrepo	$ 10.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
APARTAMENTO	bogota	$ 100.000.000,00
APARTAMENTO	bogota	$ 280.000.000,00
VEHICULO	renault	$ 18.000.000,00
VEHICULO	Dogde	$ 100.000.000,00

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

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: 17-dic-2018

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
banco davivienda	leasing habitacional	$ 160.000.000,00
av villas	credito vehiculo	$ 100.000.000,00

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
Julie Andrea Melo Rojas	C.C ⊗ C.E ◯ T.I. ◯	1032380376

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

Jhonatan F. Arenas

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 17-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

CONFIERE EL TÍTULO DE

Médico Cirujano

A

Jhonattan Fabián Arenales Muñoz

C.C. No. 80218592 EXPEDIDA EN Bogotá

QUIEN CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS.
EN TESTIMONIO DE ELLO OTORGA EL PRESENTE

DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE Bogotá , A Diciembre 15 DE 2006

DECANATURA DE FACULTAD | RECTORÍA | SECRETARÍA GENERAL

REGISTRADO AL FOLIO 76 DEL LIBRO DE DIPLOMAS No. 2
DE LA SEDE DE Bogotá , FACULTAD DE Medicina

NOTARÍA 57 J.E.C. DILIGENCIA DE AUTENTICACIÓN NOTARÍA CINCUENTA Y SIETE DE BOGOTÁ, D.C. 21 FEB. 2007 Lo presente fotocopia coincide exactamente con el original que tuve a la vista. JOSEFINA ERASO CABRERA

REPÚBLICA DE COLOMBIA 00969 BOGOTÁ, D.C.

NOTARÍA 57 J.E.C. JOSEFINA ERASO CABRERA NOTARIA DE BOGOTÁ, D.C.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 8070

El Consejo de Facultad en su sesión del día 30 *de* Nov. *de* 2006 *Acta No.* 48

CONSIDERANDO QUE

Jhonattan Fabián Arenales Muñoz

C.C. Nº. 80218592 de Bogotá, D.C.

Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad resuelve otorgarle el título de

Médico Cirujano

En nombre y representación de la Universidad Nacional de Colombia y de la República de Colombia y previo al juramento de rigor, se hizo entrega del Diploma Número 96900 *registrado en el Folio No.* 76 *del Libro* 2

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá *a los* [illegible] *días de* Diciembre *de 20* 06

PRESIDENCIA
Consejo de Facultad

SECRETARÍA
Consejo de Facultad

NOTARIA 57 J.E.C. DILIGENCIA DE AUTENTICACIÓN NOTARIA CINCUENTA Y SIETE DE BOGOTÁ, D.C. 21 FEB. 2007 La presente fotocopia coincide exactamente con el original que tuve a la vista. JOSEFINA ERASO CABRERA

LA SECRETARIA DE SEDE DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

C E R T I F I C A:

Que en la fecha de expedición de este documento, ejerce las funciones de Secretario Académico de la Facultad de Medicina el Profesor **ALVARO CASALLAS GÓMEZ.**

Bogotá, D.C, 15 de Diciembre de 2006

CARMEN MARIA ROMERO ISAZA
Secretaria de Sede

NOTARIA 57 J.E.C.
DILIGENCIA DE AUTENTICACION
NOTARIA CINCUENTA Y SIETE
DE BOGOTA, D.C
21 FEB. 2007
La presente fotocopia coincide exactamente con el original que tuve a la vista.
JOSEFINA ERASO CABRERA SECRETARIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
57
J.E.C.
JOSEFINA ERASO CABRERA
NOTARIA
DE BOGOTA, D.C.

1er Congreso Internacional de Cuidados Paliativos ASOCUPAC

Asociación Cuidados Paliativos de Colombia

SES Hospital de Caldas
Alcaldía de Manizales - Prosalud

Universidad de Caldas

CERTIFICAN QUE

JHONATTAN FABIAN ARENALES MUÑOZ

Participó del 1er Congreso Internacional de Cuidado Paliativo
"Los Cuidados Paliativos: ¿En dónde estamos y para dónde vamos?"
Duración 16 horas

Dr. Oscar Jaramillo Robledo Director
Científico SES Hospital de Caldas

Dr. Juan Guillermo Santacruz Escudero
Director Científico Congreso Internacional de Cuidado Paliativo "Los Cuidados Paliativos: ¿En dónde estamos y para dónde vamos?"

Dra. Paola Ruiz Ospina
Presidente Asociación Cuidados Paliativos
ASOCUPAC

FEMEBA
FEDERACIÓN MÉDICA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

ALCP | Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos

ecancer.org

Manizales, septiembre 21, 22, 23 de 2017 Hotel Termales del Otoño.

Fundación
Santa Fe de Bogotá

Hace constar que

Jhonattan Fabian Arenales Muñoz

Con número de identificación: 80218592

ha completado el curso

I Simposio Internacional en Ataque Cerebrovascular Agudo

NH Collection Royal Teleport Bogotá. Calle 113 #7-65 Salón Millenium.
Bogotá-Colombia. Marzo 11 de 2016

Dr. ROOSEVELT FAJARDO GÓMEZ	Dr. NICÓLAS USECHE	Dr. CARLOS MARTÍNES RUBIO, MD	Dr. JAVIER ROMERO
Director Educación y Gestión del Conocimiento Fundación Santa Fe de Bogotá	Jefe Sección de Neurología - Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá	Director encargado del Centro de Enfermedad Cerebrovascular	Jefe Departamento de Imágenes Diagnósticas Fundación Santa Fe de Bogotá

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, Jhonathan Fabian Arenales Munoz 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:

Médico Cirujano
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Jhonathan F. Arenales

No. de documento: 80218392

Tarjeta profesional No: 250938-2007

Dirección de contacto: cra 68 # 1-68 Torre 4 apto 1604

Teléfono: 3142025853

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80218592**

ARENALES MUÑOZ

APELLIDOS

JHONATTAN FABIAN

NOMBRES

Jhonatten F. Arenales.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-OCT-1981**

SANTAFE DE BOGOTA DC

(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

25-OCT-1999 SANTAFE DE BOGOTA DC

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500116-70077203-M-0080218592-20001023 **00991** 00294H 03 088861990

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14312922644

(415)7707212489984(8020) 000001431292264 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 2 1 8 5 9 2	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ARENALES	MUÑOZ	JHONATTAN	FABIAN

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

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

41. Dirección principal: AK 14 1 05 BL 7 AP 604

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
jhonattan_a@hotmail.com		4 7 4 1 6 9 9	3 1 4 2 0 2 5 8 5 3

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		50. Código: Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 7 0 3 0 1					2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2014 09 10

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

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: VELANDIA PIMIENTO MARIA DEL CARMEN

985. Cargo: Analista III

Fecha generación documento PDF: 24-11-2017 01:45:25AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 10-09-2014
Hora: 2:44:02 PM

CONTRIBUYENTE NIT 80218592-7 JHONATTAN FABIAN ARENALES MUÑOZ

Información

Dirección AK 14 1 05 BQ 7 AP 604

Teléfonos 4741699-3142025853

Dirección electrónica jhonattan_a@hotmail.com

Fax

Información de

Fecha Inscripción 10/09/2014

Soporte Inscripción 16286562

Fecha Inicio Actividades 01/03/2007

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86211-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

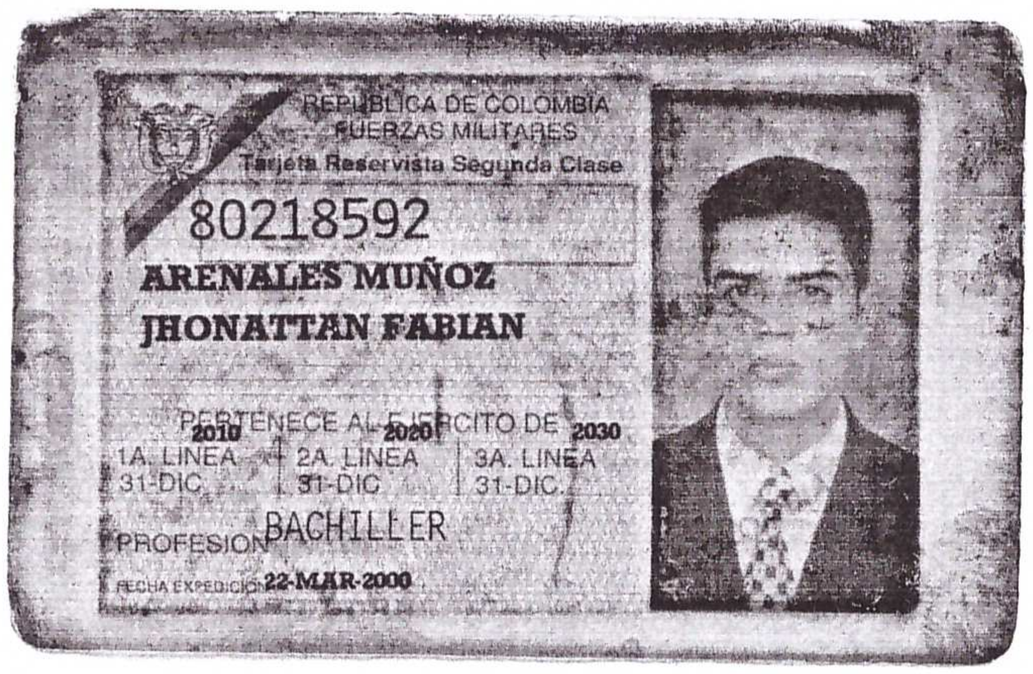
Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ HUMANA

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


REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase
80218592
ARENALES MUÑOZ
JHONATTAN FABIAN
PERTENECE AL EJERCITO DE
2010 2020 2030
1A. LINEA 31-DIC
2A. LINEA 31-DIC
3A. LINEA 31-DIC.
PROFESION BACHILLER
FECHA EXPEDICION 22-MAR-2000

DUPLICADO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

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

003976

COMANDANTE ZONA

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACIÓN UNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Libertad y Orden

25 938/ 2007 Registro No.

Profesión u Ocupación

MEDICO

Nombres y Apellidos

JHONATTAN F ARENALES MUNOZ

C.C. o C.E. De

C 80218592 BOGOTA

Institución de Educación Ciudad

U NACIONAL DE COL BOGOTA

Código 621/01 Fecha de Expedición 27/08/08

FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE
CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA
AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.


SALUD DE BOGOTA
CERTIFICADO DE INSCRI
JHONATTAN FABIAN
ARENALES MUÑOZ
C.C. o C.E. 80216592
Secretaría
SALUD
MEDICO
Expedicion 28/03/2007

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

RESOLUCIÓN No. 25 0938 **DE 2007**

(08 MAR 2007)

"Por la cual se concede una autorización para el ejercicio profesional".

LA SECRETARIA DE SALUD

En uso de la facultad concedida por los Decretos Nos. 3134 de diciembre 20 de 1956, 1875 de agosto 3 de 1994 y 1352 de 2000, del Ministerio de Salud, y

CONSIDERANDO

Que **JHONATTAN FABIAN ARENALES MUÑOZ,** identificado (a) con cédula de ciudadanía **No.80.218.592 DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C.,** ha solicitado autorización del ejercicio profesional como **MEDICO CIRUJANO, TITULO** que le Otorgó **LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, BOGOTÁ D.C., SEGÚN ACTA DE GRADO No.8070, DE FECHA 15 DICIEMBRE DE 2006.**

Que dicho título se encuentra debidamente registrado **AL FOLIO 76 DEL LIBRO DE DIPLOMAS No.2, DIPLOMA No.0096900, POR LA SECRETARIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, DE BOGOTÁ D.C., DEL 15 DICIEMBRE DE 2006.**

Que el Consejo Nacional Coordinador del Servicio Social Obligatorio, mediante Acuerdo No. 005 del 06 de Diciembre de 2006, aprobó la realización de un Sorteo para la adjudicación de Plazas de Servicio Social Obligatorio, para profesionales egresados de los programas universitarios en **Bacteriología, Enfermería, Medicina y Odontología,** Sorteo que fue delegado en las Direcciones Departamentales de Salud.

Que el Sorteo se llevó acabo en las Instalaciones de la Gobernación de Cundinamarca, el 20 de febrero de 2007, a las 09:00 a.m.

Que **JHONATTAN FABIAN ARENALES MUÑOZ,** participó en el Sorteo antes indicado y no salió favorecido (a), en la adjudicación de Plaza para el Servicio Social Obligatorio, por consiguiente procede a autorizar el ejercicio de su Profesión.

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Autorizar a **JHONATTAN FABIAN ARENALES MUÑOZ,** identificado (a) con la cédula de ciudadanía **No. 80.218.592 DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C,** para ejercer la profesión como **MEDICO CIRUJANO,** en el Territorio Nacional, autorización que tiene los efectos de inscripción para laborar en el Departamento de Cundinamarca.

ARTICULO SEGUNDO.- Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autoriza el título o certificado, la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del Departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO.- Contra la presente Resolución procede el Recurso de Reposición, de conformidad con lo establecido en el Código Contencioso Administrativo.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 08 MAR 2007

NUVIA CASTAÑEDA GONZALEZ

Vo.Bo. **DRA. MARIA ISABEL SERRANO RANGEL**
Oficina Asesora de Asuntos jurídicos

Proyectó: Alcira Romero

Vo.Bo. **DRA. ADRIANA MARCELA GAITAN RODRIGUEZ**
Dirección Desarrollo de Servicios

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación para proceder a consultar si la persona se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *

80218592

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El Ciudadano de la identificación consultada, Se encuentra inscrito en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C-014688

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Etica Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Etica Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **JHONATTAN FABIAN ARENALES MUÑOZ**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 80.218.592 de BOGOTA T.P. o R.M. No. 250938/2007 expedida por MINISTERIO DE SALUD, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los Doce (12) días del mes de Diciembre de dos mil dieciocho (2018) a solicitud del(a) interesado(a).

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICIÓN DE MÉDICO"

TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA MEDICA PRESIDENTE

GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ
Presidente

Calle 147 No 19-50 Oficina 32 Centro comercial Futuro Tels 6279983 y 6279975 Fax 6279587 Bogota D.C.
Email trnetmed@autlook.com - www.tribunalnacionaldeeticamedica.com

Centros de atención

Sede Salitre:

Av. Eldorado No.55B-48, Primer piso - Torre A
Conmutador: 428 50 88

Unidad de Servicios Kennedy:

Transversal 73 (Av. 1o. Mayo) No.41F-28S, Segundo piso
Conmutador: 403 93 93

Sede Norte:

Calle 134 No.13-83, Edificio El Bosque - Local 17
Conmutador: 625 73 68 - 625 73 94

compensar - EPS

PROGRAMA
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

Certificado de Vacunación
Adultos

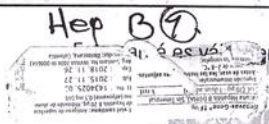
Nombre usuario: Jhonatan Fabian Arenales

Identificación beneficiario:

Identificación cotizante: 80218592 Bta

FOR-VAC-0006

Hep B (1)



...n Colombia
...zonas de riesgo

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

PROSPERIDAD PARA TODOS

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres:	Jhonatan
Apellidos:	Arenales
Documento de identidad:	C.C. X T.I. Pasaporte No. 80218592
Fecha de Nacimiento:	Día Mes Año

Vacunas en el adulto

Tipo de biológico	Fechas de aplicación
Hepatitis B	1 22 JUL. 2002
	2 22 AGO. 2002
	3 230902
	R
Hepatitis A y B	1
	2
	3
	R
Hepatitis A	1 50000
	2
Triple Viral	—
T.d.	1
	2
	3
	4
	5

Tipo de biológico	Fechas de aplicación
T.T.	1 230902
	2
	3
Varicela	1
	2
Influeza	1
	2
	3
	4
	5
Fiebre amarilla	1
	R
Neumo 23	1
	R
Haemophilus influenza	1
Meningococo	1
	2

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	03 NOV. 2016	(1)	Kimberly H
	2	—		
	3			
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				
DPT Acel		03 NOV. 2016		Kimberly H



GÓMEZ ASOCIADOS
SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

Calle 95 N° 45 A-15 La Castellana
Tel: (1) 257 2813 - 257 2815
Fax: 616 5051 Bogotá, D.C.
www.gomezasociadosltda.com

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad Bogotá Fecha 27-11-2017
Nombre Jhonatan Fabian Arenales Munoz
Identificación 80218592
Fecha de nacimiento 08-10-1981 Edad 36 Años
Cargo Medico
Género MASCULINO X FEMENINO
Empresa
Empresa usuaria

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO X PERIODICO EGRESO OTRO
CONCEPTO
EX. INGRESO APTO X APTO APLAZADO APTO CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO
EXAMEN PERIÓDICO SIN RESTRICCIONES CON RESTRICCIONES
EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO NO SATISFACTORIO

ESTADO INTEGRAL DE SALUD

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Examen Medico Osteomuscular
VISIOMETRÍA
AUDIOMETRÍA
ESPIROMETRÍA
EXAMENES PARACLÍNICOS
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES Higiene postural, pausas activas subsidio y uso de gafas

Dr. Camilo Rey Pérez
Médico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
R.M. 16818

Médico
Nombre, firma y sello del médico
Registro médico 114386
Licencia en S.O. 14853

Paciente
Jhonatan E. Arenales
Firma del paciente
Nombre 80218592
Cedula Jhonatan Fabian Arenales Muñoz

méderi
Hospitalidad y Ciencia

CERTIFICA

QUE:

JHONATTAN FABIAN ARENALES MUÑOZ

C.C. 80218592

marzo 4, 2018

CUMPLIO EL CICLO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN INTEGRAL
EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES
CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS

JUAN MAURICIO PARDO IVIEDO
DIRECTO CIENTÍFICO

MARITZA CECILIA DUARTE SANDOVAL
JEFE TALENTO HUMANO

JAVIER ARDILA MONTEALEGRE
JEFE DEPARTAMENTO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

ALIANZA
CENTRO DE ENTRENAMIENTO
EN EMERGENCIAS

ALIANZA CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS
en asociación con
PUBLIGESTIÓN & SALUD OCUPACIONAL EU
| Resolución No. 3060 / 2006 Secretaría de Salud de Cundinamarca |

Certifica que:

JHONATTAN FABIAN ARENALES MUÑOZ

CC.80218592

Asistió al:

CURSO "B.L.S. BASIC LIFE SUPPORT"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, CUNDINAMARCA, EL DÍA 25 DE FEBRERO DE 2018

DURACIÓN 20 HORAS, CURSO BASADO EN LAS GUÍAS DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR DEL COMITÉ NACIONAL Y DE LOS COMITÉS INTERNACIONALES DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. GUÍAS 2015, DE ACUERDO CON LO QUE SE EXIGE LA RESOLUCIÓN 2003 DEL 2014 PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.

| Resolución No. 3060 / 2006 Secretaría de Salud de Cundinamarca |

FECHA DE RENOVACIÓN FEBRERO 2020

BRAYAN KAVIR ALZATE
C.C. 1.024.523.790
COORDINADOR OPERATIVO
ENTRENADOR MÉDICO BLS-ACLS

ALEJANDRO ARGUELLO ARÉVALO
C.C. . 80.076.323
GERENTE CIENTÍFICO
ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

HULIZAY PAOLA ALZATE
C.C. 52.837.972
DIRECTOR MÉDICO
ENTRENADOR MÉDICO BLS-ACLS

ALIANZA
CENTRO DE ENTRENAMIENTO
EN EMERGENCIAS

ALIANZA CENTRO DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS
en asociación con
PUBLIGESTIÓN & SALUD OCUPACIONAL EU
| Resolución No. 3060 / 2006 Secretaría de Salud de Cundinamarca |

Certifica que:

JHONATTAN FABIAN ARENALES MUÑOZ

CC.80218592

Asistió al:

CURSO "A.C.L.S. ADVANCE CARDIAC LIFE SUPPORT"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, CUNDINAMARCA, EL DÍA 25 DE FEBRERO DE 2018

DURACIÓN 48 HORAS, CURSO BASADO EN LAS GUÍAS DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR DEL COMITÉ NACIONAL Y DE LOS COMITÉS INTERNACIONALES DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. GUÍAS 2015, DE ACUERDO CON LO QUE SE EXIGE LA RESOLUCIÓN 2003 DEL 2014 PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
TEMARIO: REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y VÍA AEREA AVANZADA, ECV, SCA, RITMOS DE PARO, MANEJO DEL DESFIBRILADOR, CÓDIGO AZUL, TALLER DE HABILIDADES Y SOFTWARE

FECHA DE RENOVACIÓN FEBRERO 2020

BRAYAN KAVIR ALZATE
C.C. 1.024.523.790
COORDINADOR OPERATIVO
ENTRENADOR MÉDICO BLS-ACLS

ALEJANDRO ARGUELLO ARÉVALO
C.C. . 80.076.323
GERENTE CIENTÍFICO
ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

HULIZAY PAOLA ALZATE
C.C. 52.837.972
DIRECTOR MÉDICO
ENTRENADOR MÉDICO BLS-ACLS

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

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

FECHA:	2018-12-17	CIUDAD:	BOGOTA D.C.	DEPARTAMENTO:	BOGOTA D.C.

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

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

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA XX OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
ARENALES	MUÑOZ	JHONATTAN	FABIAN		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	80218592	BOGOTA D.C.	1999-10-25
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI X NO	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1981-10-08	BOGOTA D.C.	COLOMBIA	COLOMBIANA

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) CASADO(A) X DIVORCIADO(A) UNION LIBRE VIUDO(A)	NO	0	3142025853

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA	PROFESION / OFICIO
MAGISTER POSGRADO UNIVERSITARIO X BACHILLER PRIMARIA TECNICO TECNOLOGO OTRO CUAL:	MEDICO GENERAL

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
AVENIDA CARRERA 68 # 1-63 TORRE 4 APTO 1604	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	COLOMBIA	4741699

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
JHONATTAN_A@HOTMAIL.COM		PROPIA X	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
MELO	ROJAS	JULIE	ANDREA

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C. X	C.E.	R.C.	NUIP	1032380376	BOGOTA D.C.	2005/02/03	
PASAPORTE	OTRO	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X NO	NACIONALIDAD:	COLOMBIANA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI X	IVA	SI	NO X	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
		NO	ICA	SI	NO X	PRINCIPAL: 8621 SECUNDARIA:

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

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

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO	COMERCIAL	SERVICIOS	SALUD X	# NIT	900.959.051

EXPORTACIONES AGRICOLA ENERGETICA FINANCIERA TRANSPORTE TECNOLOGIA ALIMENTOS MEDICAMENTOS

OTRA CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIAGONAL 39 SUR # 3-20 ESTE	5961020	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

CARGO ACTUAL	MEDICO URGENCIAS	FECHA VINCULACION	2014-12-15

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	$ 6.768.000	GASTOS FAMILIARES	$ 2.500.000	AHORROS	----------	SALDO HIPOTECA	$ 150.000.000
HONORARIOS	----------	ARRIENDOS	----------	INVERSIONES	----------	TARJETAS DE CREDITO	$ 1.000.000
ARRIENDOS	----------	CUOTA VEHICULO	$ 1.300.000	VEHICULOS	$ 118.000.000	DEUDA VEHICULOS	$ 90.000.000
COMISIONES	----------	CUOTA VIVIENDA	$ 1.300.000	PROPIEDADES	$ 230.000.000	DEUDAS TERCEROS	----------
OTROS INGRESOS*	----------	OTROS EGRESOS*	----------	OTROS ACTIVOS*	----------	OTROS PASIVOS*	----------
TOTAL INGRESOS	**$ 6.768.000**	**TOTAL EGRESOS**	**$ 5.100.000**	**TOTAL ACTIVOS**	**$ 248.000.000**	**TOTAL PASIVOS**	**$ 261.000.000**

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
ROJAS	GARCIA	OLGA	MARIA
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CALLE 9 NUMERO 7 B-36 SUR CASA 16	BOGOTA D.C. / COLOMBIA	SUEGRA	2460457 / 3112967041

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
CITIBANK	CUENTA CORRIENTE	1000156236	RESTREPO	6057000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO XX

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION EXPORTACION TRANSFERENCIAS PRESTAMOS PAGO SERVICIOS OTRA

CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.

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

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la 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 estadisticos.

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

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

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

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

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

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

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

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a EPS Sanitas S.A.:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 80218592
NOMBRES Y APELLIDOS	Arenales Muñoz,Jhonattan Fabian
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/03/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Arenales Muñoz,Jhonattan Fabian, a los 17 días del mes de diciembre del año 2018.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS

NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JHONATTAN FABIAN ARENALES MUNOZ, identificado(a) con C.C 80.218.592, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6 y al Fondo Cesantias NIT 800.198.644-5.

Se expide la presente certificación a la fecha 17 de diciembre de 2018.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado comuníquese con nuestro Contact center al 748 4888 en Bogotá, 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín, gratis desde el resto del país al 01 800 05 10000 e-mail serviciocliente@colfondos.com.co

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

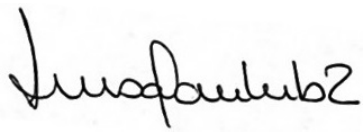
CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos del ramo ARL de la compañía, se identificó que JHONATTAN FABIAN ARENALES MUÑOZ, con Cédula de Ciudadanía No. 80.218.592, contratista de la empresa SUB-RED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE, con NIT No. 900959051, tiene un registro como INDEPENDIENTE 723 desde el 01/12/2016 y fecha fin de contrato 31/12/2018 con riesgo 3 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Esta certificación se expide a los 17 días del mes de Diciembre de 2018.

Cordialmente



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

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

80218592	Positiva
Numero de Documento	ARL

Jhonattan	Fabian	Arenales	Muñoz
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

06/10/1981	Bogotá	KR 68 # 63 74 sur 1604	7737706
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Sanitas	Colfondos	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Medico general urgencias	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Jhonattan_a@hotmail.com	3142025853
Correo Electrónico	Celular
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119354728

WEB
22:10:03

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) JHONATTAN FABIAN ARENALES MUÑOZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80218592:

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 15:52:16, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	80218592
Código de Verificación	802185921812171552l6

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2618474

Bogotá D.C., 17 de Diciembre de 2018 - 15:54 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **JHONATTAN FABIAN ARENALES MUñOZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **OCHENTA MILLONES DOSCIENTOS DIECIOCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y DOS** de BOGOTÁ, D.C.

80218592

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_JVF7H_5415
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 22:48:55 horas del 17/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **80218592**

Apellidos y Nombres: **ARENALES MUÑOZ JHONATTAN FABIAN**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

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

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

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

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

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

INSPIRADOS EN USTED

ISO 9001 ISO 14001 ISO/IEC 27001

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
Gobierno en Línea

Todos los derechos reservados.

Citibank - Colombia S.A.

Bogotá D.C., 24 de Noviembre de 2017

Señor(es):
USS LA VICTORIA

ASUNTO: RELACION BANCARIA

Citibank-Colombia S.A Nit. 860.051.135-4, informa que de acuerdo con nuestros registros y dando alcance a la solicitud de nuestro cliente el(la) señor(a):

JHONATTAN FABIAN ARENALES MUNOZ

identificado(a) con CCNo. **80218592**, está vinculado desde el 31 de Marzo de 2009y se ha distinguido por mantener un EXCELENTE MANEJOen su relación con el Banco a través de su Cta. CorrienteNo. 1000156236.

En los términos anteriores esperamos haber atendido su requerimiento.

Cordialmente,

Servicio al Cliente
Citibank - Colombia S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Citibank – Colombia S.A.. Nit. 850.051135-4. Citi y el diseño del arco es una Marca Registrada de servicios de Citigroup Inc. Productos y Servicios financieros ofrecidos por Citibank- Colombia S.A.