Ver Datos de la Entidad Estatal/Proveedor



Editar datos resumen | Editar datos completos

## Información general

| | |
|---|---|
| Logo de la entidad | |
| Nombre de la entidad | manuel antonio pinto turizo |
| Nombre abreviado | manuel antonio pinto turizo |
| Fecha de incorporación | 30/01/2018 *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)* |
| País de origen | COLOMBIA |
| Tipo de documento | Cédula de Ciudadanía |
| Número de documento | 91445061 |
| Tipo Entidad Estatal / Proveedor | Persona Natural colombiana |
| Código UNSPSC | |
| Zona horaria | |
| Idioma | |
| Moneda por defecto | |

## Información de contacto

| | |
|---|---|
| Dirección | carrera 110 b 45 b 46 |
| País | COLOMBIA |
| Ciudad | Distrito Capital de Bogotá |
| Municipio | Bogotá |
| Código postal | |
| Teléfono de oficina | 3006260700 |
| Fax de oficina | |
| Correo electrónico de la oficina | enfermerogerenciales@gmail.com |
| Correo electrónico para notificaciones SECOP II | enfermerogerenciales@gmail.com |

| Dirección | Estado | País | Teléfono |
|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

## Página web

| | |
|---|---|
| Página web | |
| Facebook | |
| URL linkedin | |
| URL de youtube | |
| Twitter URL | |

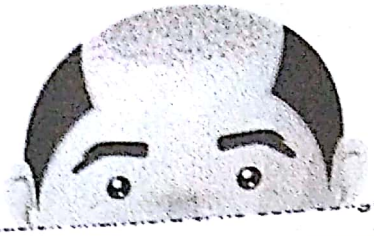
## Contacto principal

| | |
|---|---|
| Título | |
| Nombre | manuel antonio pinto turizo |
| Cargo | JOTA |



Scanned by CamScanner

Ver Datos de la Entidad Estatal/Proveedor



Teléfono

Móvil 3006260700

Fax

Correo electrónico enfermerosgerenciales@gmail.co

Información financiera (No diligencie la tabla de i... tener estados financieros.)

| Año fiscal | Ingresos | Moneda | Número de empleado |
|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Nombre

Email

Editar datos resumen | Editar datos completos

ortal Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

Email 018000-52-0808 . Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Teléfono

Teléfono

CLICK ACÁ PARA INICIAR CHAT

Scanned by CamScanner

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: 17-dic-2018

## 1 DATOS PERSONALES

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) | NOMBRES |
|---|---|---|
| PINTO | TURIZO | MANUEL ANTONIO |

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 91445061

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 91445061 D.M 34

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 4 MES MAY AÑO 1976

PAÍS: Colombia

DEPTO: Santander

CIUDAD: Barrancabermeja

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

carrera 110 B 65b-46

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4427342

EMAIL manuelpintoturizo@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 BASICA | | | | | | | | | | | TITULO BACHILLER TECNOGICO EN SALUD Y |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1°. | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°. | 7°. | 8°. | 9°. | 10°. | 11°. X | MES NOVIEMBRE AÑO 1994 |

***EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)***

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

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

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

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

| MODALIDAD ACADÉMICA | No. SEMESTRES APROBADOS | GRADUADO SI | GRADUADO NO | NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO | TEMINACIÓN MES | TEMINACIÓN AÑO | No. DE TARJETA PROFESIONAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| UN | 8 | X | | ENFERMERO (A) | 7 | 2017 | 91445061 |

***DOMINIO DE IDIOMAS***

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

| IDIOMA | LO HABLA | | | LO LEE | | | LO ESCRIBE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | R | B | MB | R | B | MB | R | B | MB |
| Francés | | X | | | X | | | X | |

Scanned by CamScanner

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: 17-dic-2018

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

| OCUPACIÓN | TIEMPO DE EXPERIENCIA | |
|---|---|---|
| | AÑOS | MESES |
| PUBLICO | 0 | 0 |
| PRIVADO | 0 | 0 |
| PARTICULAR | 0 | 0 |
| TOTAL | 0 | 0 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogotá 17 de Dic. 2018

*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO

| V°/B° Dirección Talento Humano | | Fecha: | |
|---|---|---|---|

Scanned by CamScanner

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: 17-dic-2018

*Ciudad y fecha.*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Scanned by CamScanner

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

Última Actualización: 13-dic-2018

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** MANUEL ANTONIO PINTO TURIZO

**IDENTIFICADO CON** **C.C.** ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 91445061 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

**Dirección** carrera 110 B 65b-46 **Teléfonos** 3006260700 4427342

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| santiago pinto lara | 1000594391 | HIJO(A) |
| Leydi viviana pinto lara | 1021394218 | HIJO(A) |

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

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗

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 | $ 1.200.000,00 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | $ 1.200.000,00 |
| GASTOS DE REPRESENTACION | $ 0,00 |
| ARRIENDOS | $ 0,00 |
| HONORARIOS | $ 0,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0,00 |
| TOTAL | $ 2.400.000,00 |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

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

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| bancolombia | prestamo | $ 15.000.000,00 |
| banco falabella | prestamo | $ 7.000.000.00 |



Scanned by CamScanner

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
Última Actualización: 13-dic-2018

| | | |
|---|---|---|
| banco popular | tarjeta de credito | $ 200.000,00 |
| compensura | prestamo | $ 5.000.000,00 |

## 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 |
|---|---|---|
| lucy isleidy lara | C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯ | 52330735 |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|

## 3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018
CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

República de Colombia

# AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

# LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional,
teniendo en cuenta que:

## MANUEL ANTONIO PINTO TURIZO

C.C. No. 91.445.061 de Barrancabermeja

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

## ENFERMERO

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

Bogotá D.C., 28 de julio de 2017

Rector

Secretario General

Decano

Tomo 9 Folio 133 Registro 52703 Fecha: 28 de julio de 2017

Scanned by CamScanner

La República de Colombia
y en su nombre

# El Colegio de Bachillerato Mixto Municipal "El Castillo"

Barrancabermeja - Santander

Autorizado por la Gobernación del Departamento según Resolución No. 7328 del 29 de octubre de 1993 y adscrito al C.A.S.D. según Resolución No. 24564 del 11 de diciembre de 1980

Confiere a

## Manuel Antonio Pinto Tuvizo

Identificado(a) con CC No. 91445061 Expedida en Barrancabermeja

El Título de

# Bachiller en Tecnología

## Modalidad Salud y Nutrición

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

Rector

Secretaria

Bachillerato Mixto

Scanned by CamScanner

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA**

**ACTA DE GRADO 810**

En Bogotá D.C., el 28 de julio de 2017 a las 9:00 horas, convocados por Resolución Nacional 055 del 27 de los citados mes y año, se reunieron el Rector, Representante Legal, Carácter Nacional, doctor Fernando Laverde Morales, el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, doctor Juan Carlos Morales Ruiz, y la Secretaria General (E), doctora Gladys Eliana Sánchez Saldarriaga, para presidir la ceremonia de grado de **Manuel Antonio Pinto Turizo** con cédula de ciudadanía número 91445061 de Barrancabermeja, quien cursó y aprobó las materias comprendidas en el pensum del respectivo programa, cumpliendo con los requisitos exigidos por la Ley y los Reglamentos de la Fundación, haciéndose merecedor a recibir el título de **ENFERMERO**, el cual otorga la Fundación debidamente autorizada por el Ministerio de Educación Nacional y por el Consejo Superior, mediante Acuerdo No. 013 del 26 de julio de 1995. Previa entrega del diploma, se tomó el juramento de rigor al graduando, quien prometió cumplir fielmente sus deberes para con la Patria y la Fundación ejerciendo la carrera de acuerdo con las normas de la ética y moral profesional. Agotado el orden del día, la sesión se dio por terminada y se firmó el acta por quienes en esta intervinieron. Anotado en el libro de Registro de títulos Tomo 9, Folio 133, número 52703.

FERNANDO LAVERDE MORALES, Rector, Representante Legal, Carácter Nacional
JUAN CARLOS MORALES RUIZ, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud
GLADYS ELIANA SÁNCHEZ SALDARRIAGA, Secretaria General (E)

Dada en Bogotá D.C., el 28 de julio de 2017.

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina
Secretaría General

**Gladys Eliana Sánchez Saldarriaga**
Secretaria General (E)



María A./

Scanned by CamScanner

# ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

Inscripciones S.E 003
Inscripciones DANE: 16808100057
Jornada: D I U R N A

En la ciudad de BARRANCABERMEJA a los NUEVE (9 ) días del mes de DICIEMBRE del año 1.994 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretario en la Rectoría de COLEGIO DE BACHILLERATO MIXTO MUNICIPAL EL CASTILLO Institución aprobada en el nivel de Educación Media Vocacional y autorizada por el Ministerio de Educación Nacional para otorgar el Título de BACHILLER EN TECNOLOGÍA MODALIDAD: SALUD Y NUTRICION según RESOLUCION Nº 24564 del 11 DE DICIEMBRE DE 1990.

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 TITULO DE BACHILLER EN TECNOLOGIA En la Especialidad: SALUD Y NUTRICION al graduando cuyo nombre, apellidos y número del Documento de identificación se relacionan a continuación:

MANUEL ANTONIO PINTO TURIZO C.C.91'445.061 de Barrancabermeja

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 077 de fecha 9 de diciembre/94 que consta de 113 alumnos que comienza con el nombre de SANDRA MILENA BERNAL HERNANDEZ y se cierra con el nombre de ZELENNY ADRIANA TORDECILLA ARDILA firmado y sellado por FERNANDO JOSE MOSQUERA ZUÑIGA (Rector) FLOR ELBA RUIZ GOMEZ (Secretario.)

Dada en BARRANCABERMEJA a los 9 días del mes de OCTUBRE de 19 95

COLEGIO DE BACHILLERATO MIXTO MUNICIPAL EL CASTILLO - BARRANCABERMEJA
Firmado y sellado
RECTOR

El Rector o Director
GABRIELA ARISTIZABAL DE DIAZ
C.C.22'056.136 de Santa Rosa de Osos

COLEGIO DE BACHILLERATO MIXTO MUNICIPAL EL CASTILLO - BARRANCABERMEJA
SECRETARIA

El Secretario
FLOR ELBA RUIZ GOMEZ
C.C.28'008.415 de Barrancabermeja

DIPLOMA No. _____

María A./

ELECTRIFICACION RURAL SANTANDER
XV JUEGOS DEPORTIVOS NACIONALES

Scanned by CamScanner

sura

La Gerencia de Talento Humano

Certifica que:

# MANUEL ANTONIO PINTO TURIZO

Ha finalizado correctamente la formación

## Seguridad del Paciente: Equipo Asistencial

Colombia
25 de Julio de 2014

Gerencia de Talento Humano
SURA

SuccessFactors

Scanned by CamScanner

sura

La Gerencia de Talento Humano

Certifica que:

# MANUEL ANTONIO PINTO TURIZO

Ha finalizado correctamente la formación

## Pamec

Colombia
16 de Marzo de 2017

Gerencia de Talento Humano
SURA

ccessFactors

Scanned by CamScanner

La Gerencia de Talento Humano

Certifica que

# MANUEL ANTONIO PINTO TURIZO

Ha finalizado correctamente la formación

## Introducción a la Innovación

Colombia
15 de Junio de 2017

Gerencia de Talento Humano
SURA

SuccessFactors

Scanned by CamScanner

sura

La Gerencia de Talento Humano

Certifica que

# MANUEL ANTONIO PINTO TURIZO

Ha finalizado correctamente la formación

## Habilitación IPS

Colombia
28 de Marzo de 2016

Gerencia de Talento Humano
SURA

SuccessFactors

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

ENFERMERO
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 91445061

Tarjeta profesional No: 91445061

Dirección de contacto: Carrera 110B#65B-46

Teléfono: 3006260700

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **91.445.061**

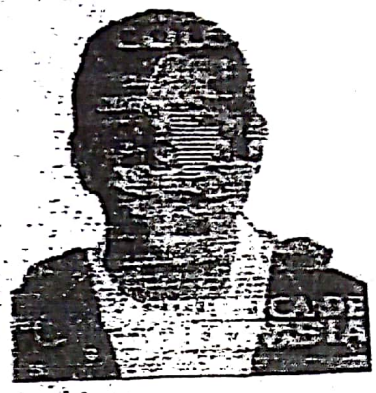
**PINTO TURIZO**

APELLIDOS

**MANUEL ANTONIO**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-MAY-1976**

**BARRANCABERMEJA**
**(SANTANDER)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.80** | **A+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**31-OCT-1994 BARRANCABERMEJA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00403055-M-0091445061-20121002 0031285460A 1 1282052091

Scanned by CamScanner

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: 14452528801

(415)7707212489984(8020) 000001445252880 1

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

| Lugar de expedición | 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Santander 6 8 | Barrancabermeja 0 8 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PINTO | TURIZO | MANUEL | ANTONIO |

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: CR 110 B 65 B 46

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| manuelpintoturizo@gmail.com | | 4 4 2 7 3 4 2 | 3 0 0 6 2 6 0 7 0 0 |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 2 | 2 0 1 8 0 1 2 6 | 8 2 9 9 | 2 0 1 8 0 1 2 6 | | | | |

### 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# 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 [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2 0 1 8 0 1 2 7

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: PINTO TURIZO MANUEL ANTONIO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 03-08-2018 11:09:21A

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS**
**REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 26-01-2018
Hora: 4:36:15 PM


**CONTRIBUYENTE** NIT 91445061-0 MANUEL ANTONIO PINTO TURIZO

**Información General**

*Dirección* KR 110B 65B 46

*Teléfonos* 3006260700

*Dirección electrónica* MANUELPINTOTURIZO@GMAIL.COM

*Fax*

**Información de Registro**

*Fecha Inscripción* 26/01/2018

*Soporte Inscripción* 20349712

*Fecha Inicio Actividades* 26/01/2018

*Fecha Cese Actividades*

*Fecha de Informe del Cese*

*# Establecimientos:* 0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Juridica* PERSONA NATURAL

*Régimen Tributario* REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y 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

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

*Fecha Inicio Financiera:*

Código de Verificación de Información: 18002700951

***Fuente ICA TE TOCA***

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



BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Scanned by CamScanner

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA**

**EJÉRCITO NACIONAL**

**COMANDO DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS**

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

**C E R T I F I C A**

Que el señor MANUEL ANTONIO PINTO TURIZO identificado con Cédula de Ciudadanía No. 91445061, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

| | |
|---|---|
| Primer Nombre: | MANUEL |
| Segundo Nombre: | ANTONIO |
| Primer Apellido: | PINTO |
| Segundo Apellido: | TURIZO |
| Tipo Documento: | Cédula de Ciudadanía |
| Número Documento: | 91445061 |
| Clase Libreta Militar: | Segunda Clase |

ESTA CERTIFICACIÓN ES GRATUITA
NO ES VÁLIDA COMO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN MILITAR
NO REEMPLAZA SU LIBRETA MILITAR

Se firma y se expide en Bogotá D.C. a los 12 días del mes de Diciembre de 2018, a las 6:52:22 AM.

Cordialmente,

**CR. ELKIN ALFONSO ARGOTE HIDALGO**
Director de Reclutamiento - Ejército Nacional

Generó: Sistema Fénix

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA
IDENTIFICACION UNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

ENFERMERO

**MANUEL ANTONIO PINTO TURIZO**
C.C. 91.445.061
FUND UNIVERSITARIA DEL AREA ANDINA - FUAA
Bogotá D.C.
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DIPLOMA: 2017-07-28
FECHA DE INSCRIPCIÓN ReTHUS: 2017-09-27



Crear-ID.com | 821 9115

12202

Representante Legal Organización Colegial de Enfermería

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

FIRMA DEL PROFESIONAL

Scanned by CamScanner

ReTHUS

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

Tipo de Identificación *: Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *: 91445061

Primer Nombre *: manuel

Primer Apellido *: pinto

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

**Resultado General -2018-12-16→6:06:32 PM**

| *Tipo Identificación* | *Nro. Identificación* | *Primer Nombre* | *Segundo Nombre* | *Primer Apellido* | *Segundo Apellido* | *Detalles* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 91445061 | MANUEL | ANTONIO | PINTO | TURIZO | Ver |

**Información Detallada [CC: 91445061] MANUEL ANTONIO PINTO TURIZO**

**2018-12-16→6:06:32 PM**

**Información Académica**

| *Tipo Programa* | *Origen Obtención Título* | *Profesión u Ocupación* | *Fecha desde que puede ejercer* | *Entidad Reportadora* |
|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | ENFERMERIA | 2017/9/27 | ORGANIZACION COLEGIAL DE ENFERMERIA |

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

Scanned by CamScanner

## *HACE CONSTAR QUE:*

El enfermero **MANUEL ANTONIO PINTO TURIZO** identificado con la cédula de ciudadanía número 91.445.061, no registra antecedentes de responsabilidad deontológica disciplinaria, de acuerdo con la ley 911 de 2004 "Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones".

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado. Dada en Bogotá, D.C., República de Colombia, a los diecisiete (17) días del mes de diciembre del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,

**EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ**
Abogada Secretaria

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

## *Consérvelo*

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados

Libertad y Orden

***POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO***

**Ministerio de la Protección Social**
República de Colombia

Libertad y Orden

**Certificado de Vacunación del Adulto**

| | |
|---|---|
| Nombres: | Yhanel Andres |
| Apellidos | Pinto Turizo |
| Documento de Identidad: | CC [X] TI [ ] PASA PORTE [ ] No. 91'445'061 |
| Fecha de Nacimiento: | Día: 04 Mes: 05 Año: 1976 |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | 20/04/06 | SE0234 | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | 20/04/06 | WAHO | |
| | 2 | 16 FEB 2010 | | |
| | 3 | 16 MAR 2010 | Valvulina | |
| | 4 | 24/07/2012 | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 06/10/2008 | | |
| | 2 | 17/11/2008 | | |
| | 3 | 05/05/2009 | | |

(2) 27/03/2010 (3) 24/07/2012

| Biológico | Fecha | Fabricante y Lote | Validez | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| Contra Influenza | 29 ENE 2018 | | | |
| Otras | | | | |
| Varicela | 04/02/2011 | | | |
| | 06/03/2013 | | | |

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: 110010602403

Fecha de generación del carné: lunes, 29 de enero de 2018 01:20 p.m.

Datos del Vacunado

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía | Número de identificación: | 91445061 |
| Nombres y Apellidos | MANUEL ANTONIO PINTO | | |
| Fecha de nacimiento: | 04/05/1976 | | |

| Vacuna | Dosis | Fecha | Nombre comercial | Lote | Institución vacunadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AH1N1 | Primera dosis | 20/04/2010 | | | CLINICA COLSUBSIDIO ORQUIDEAS |
| Anti - Rábica | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| Antirrábica profiláctica | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| DPT | Única | | | | |
| DPT Acelular | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| | Única | | | | |
| Fiebre amarilla | Primera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Fiebre tifoidea | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| Hepatitis A | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| Hepatitis A, Hepatitis B | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| Hepatitis B | Primera dosis | 24/07/2012 | Engerix B Adultos | UXF11007 | PUNTO DE SALUD CHAPINERO |
| Influenza | Única | 29/01/2018 | GC FLU | V50217015 - 14 ABRIL 2018 | PUNTO DE SALUD IPS SURA OLAYA |
| Meningococo | Única | | | | |
| Meningococo Conjugado | Única | | | | |
| Meningococo Polisacárido | Primera dosis | | | | |
| Neumo Conjugado | Única | | | | |
| Neumo Polisacárido | Primera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Neumococo | Primera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Sarampión y Rubéola | Única | 10/06/2011 | Sarampión -Rubéola | | CLINICA COLSUBSIDIO ORQUIDEAS |
| Td | Primera dosis | | | | |

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: 110010602403

Fecha de generación del carné: lunes, 29 de enero de 2018 01:20 p.m.

Datos del Vacunado

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tipo de identificación: | Cédula de Ciudadanía | Número de identificación: | 91445061 |
| Nombres y Apellidos | MANUEL ANTONIO PINTO | | |
| Fecha de nacimiento: | 04/05/1976 | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Td | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| | Cuarta dosis | | | | |
| | Quinta dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| Toxoide Tetánico | Primera dosis | 20/01/2010 | Vacuna Antitetánica | | |
| | Segunda dosis | 16/02/2010 | Vacuna Antitetánica | | |
| | Tercera dosis | 16/03/2010 | Vacuna Antitetánica | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico | Primera dosis | 24/07/2012 | Tetavax | T2031 | PUNTO DE SALUD CHAPINERO |
| Triple viral | Primera dosis | | | | |
| | Refuerzo | | | | |
| | Primera dosis | | | | |
| Varicela | Primera dosis | 09/03/2011 | Varilrix | | |
| | Segunda dosis | 16/03/2013 | Varilrix | | |
| VPH Bivalente | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |
| VPH Tetravalente | Primera dosis | | | | |
| | Segunda dosis | | | | |
| | Tercera dosis | | | | |

Scanned by CamScanner

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S.

# CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

**FECHA** 27-feb-2018 **HORA** 15:52:51
**EMPRESA** INDEPENDIENTE.
**TIPO DE EXAMEN:** INGRESO



**INFORMACIÓN GENERAL:**
Nombre del Trabajador: Manuel Antonio Pinto Turizo
Edad 41 años 9 meses 23 dias
Documento de Identificación: CC Número: 91445061
Cargo ENFERMERO PROFESIONAL INDEPENDIENTE

**RESULTADOS EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO :**

| EXÁMENES | FECHA | RESULTADO | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|

**Diagnóstico 1:** Z100 Examen de salud ocupacional

**Recomendaciones:**

**Otras Recomendaciones** MEDICINA PREVENTIVA: 1/ Siempre utilizar los elementos de protección personal que se requieran para la labor que va a ejercer: tapabocas, guantes y bata quirúrgica. 2/ Conocer y aplicar adecuadamente los protocolos de bioseguridad. 3/ Adecuado manejo postural para mantener en buen estado la columna. 4/ Implementar en el puesto de trabajo el programa de pausas activas con el fin de disminuir el estrés, la fatiga y el cansancio originados por los movimientos repetitivos y posiciones prolongadas. 5/ Lavado correcto de las manos.6/ Continuar esquema de vacunación d adultos. AUDIOMETRIA: Normal control anual. / OPTOMETRIA: Normal control anual. / ESPIROMETRIA: Normal Control anual.
MEDICO Y OSTEOMUSCULAR: Normal. REMISION A EPS?: NO

**Apto** para desempeñar su cargo.

**Aptitud Especifica:**

- ☐ vehículos pesados
- ☐ Equipos móviles de superficie
- ☐ Manejo de sustancias peligrosas
- ☐ Manejo de materiales fundidos
- ☐ Guardas de equipos
- ☐ Aislamiento y/o inmersión
- ☐ Trabajos de altura
- ☐ Operaciones de levante y manipulación de carga
- ☐ Manipulación de alimentos

**Tipo de Restriciones:**

- ☐ Trabajos en sitios de altas temperaturas
- ☐ Trabajos en sitios de bajas temperaturas
- ☐ Ruido por encima de 85 db
- ☐ Trabajos por turnos
- ☐ Exposición a la luz solar directa
- ☐ Exposición a material particulado y/o gases
- ☐ Exposición a radiacón ionizante
- ☐ Trabajos en espacios confinados
- ☐ Posición sedente o bípeda prolongada
- ☐ Subir y bajar escaleras
- ☐ Moviminetos repititivos
- ☐ Vibración
- ☐ Manipulación de cargas
- ☐ Tareas de agarre
- ☐ Alcances por encima del nivel de la cabeza
- ☐ Agacharse, ponerse en cunclillas o voltearse repetidamente
- ☐ Manipulación de alimentos

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

**Médico**

Firma
Nombre: JORGE ENRIQUE BETANCOURT PLAZA
RM. Lic.SO: 15344

**Trabajador**

Firma
Nombre: Manuel Antonio Pinto Turizo
CC N° 91445061

Huella



Scanned by CamScanner

La Gerencia de Talento Humano

Certifica que

# MANUEL ANTONIO PINTO TURIZO

Ha finalizado correctamente la formación

## Atención Integral a Personas Víctimas de Violencia Sexual

Colombia
13 de Junio de 2017

Gerencia de Talento Humano
SURA

SuccessFactors



Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE:

*CENTRO SUPERIOR ESAT*
*"EDUCACIÓN, SALUD, ADMINSTRACIÓN Y TURISMO"*
**NIT. 900820764-1**
EDUCACION INFORMAL
DECRETO 4904/2009 CAPITULO V No. 5.8
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

**CERTIFICA QUE:**

## MANUEL ANTONIO PINTO TURIZO

**CC: 91.445.061 De Barrancabermeja.**

**ASISTIÓ Y PARTICIPÓ EN EL CURSO TEORICO-PRACTICO**

## SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

**CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS**

Centro Superior ESAT S.A.S
Educación - Salud - Administración - Turismo
NIT. 900.820.764-1
Bogotá - Colombia
*REPRESENTANTE LEGAL*

Centro Superior ESAT S.A.S
NIT. 900.820.764-1
Bogotá - Colombia
*COORDINADOR ACADÉMICO*

**BOGOTÁ DC; 09 DE ENERO DEL 2018**

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE:

***CENTRO SUPERIOR ESAT***
***"EDUCACIÓN, SALUD, ADMINSTRACIÓN Y TURISMO"***
**NIT. 900820764-1**
EDUCACION INFORMAL
DECRETO 4904/2009 CAPITULO V No. 5.8
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ESAT
Educación Salud Administración Turismo

**CERTIFICA QUE:**

## MANUEL ANTONIO PINTO TURIZO

**CC: 91.445.061 De Barrancabermeja.**

ASISTIÓ Y PARTICIPÓ EN EL DIPLOMADO

## UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO-PEDIATRICO Y NEONATAL

**CON UNA INTENSIDAD DE 160 HORAS**

Centro Superior ESAT S.A.S.
Educación - Salud - Administración - Turismo
NIT. 900.820.764-1
Bogotá - Colombia

*REPRESENTANTE LEGAL*

Centro Superior ESAT S.A.S.
Educación - Salud - Administración - Turismo
NIT. 900.820.764-1
Bogotá - Colombia

*COORDINADOR ACADÉMICO*

**BOGOTÁ DC; 03 DE ENERO DEL 2018**

Scanned by CamScanner

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FORMACIÓN EMPRESARIAL Y EDUCACIÓN CONTINUA

CERTIFICA QUE:

# Manuel Antonio Pinto Turizo

C.C. No. 91.445.061 de Barrancabermeja

Asistió al Diplomado Programa de Extensión y Educación Continuada con una intensidad presencial de 120 horas teórico-prácticas, por lo tanto le confiere el diploma en:

## Administración Segura de Medicamentos

Rector

Secretaria General

Directora de Formación Empresarial
y Educación Continua

Dado en Bogotá, D.C., a los 5 días del mes de septiembre de 2017

Scanned by CamScanner

# CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

# S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE :

## MANUEL ANTONIO PINTO TURIZO

c.c. 91.445.061

ASISTIO AL CURSO

# SOPORTE VITAL BASICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA **AMERICAN HEART ASSOCIATION,** CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108

**CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS**

Dado en Bogotá D.C, a los 10 días del mes de Noviembre de 2017.
Validez 2 años.

CENTRO DE CAPACITACIÓN EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S.O.S
Educación Informal - Decreto 4904 / 2009
Ministerio de Educación Nacional

**Paola M. Vieda**
**Directora**

TEL: 8069582 CEL: 3192978634 - 3192859190
info@capacitacionessos.net
www.capacitacionessos.net

**David Londoño**
**Sub Dirección Académica**

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE:

***CENTRO SUPERIOR ESAT***
***"EDUCACIÓN, SALUD, ADMINSTRACIÓN Y TURISMO"***
**NIT. 900820764-1**
EDUCACION INFORMAL
DECRETO 4904/2009 CAPITULO V No. 5.8
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ESAT
Educación Salud Administración Turismo

**CERTIFICA QUE:**

# MANUEL ANTONIO PINTO TURIZO

**CC: 91.445.061 De Barrancabermeja.**

**ASISTIÓ Y PARTICIPÓ EN EL CURSO TEORICO-PRACTICO**

## SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)

**CON UNA INTENSIDAD DE 40 HORAS**

Centro Superior ESAT S.A.S
Educación - Salud - Administración - Turismo
NIT. 900.820.764-1
Bogotá - Colombia
*REPRESENTANTE LEGAL*

Centro Superior ESAT S.A.S
Educación - Salud - Administración - Turismo
NIT. 900.820.764-1
Bogotá - Colombia
*COORDINADOR ACADÉMICO*

**BOGOTÁ DC; 09 DE ENERO DEL 2018**

Scanned by CamScanner

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

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

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

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

| FECHA: | 17/Dic/18 | CIUDAD: | Bogotá | DEPARTAMENTO: | Cundinamarca |
|---|---|---|---|---|---|

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

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

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

### 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Pinto | Turizo | Manuel | Antonio |

| TIPO DE IDENTIFICACION | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|
| C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ | 91445061 | Barrancabermeja (Santander) | 1994/10/31 |
| PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐ | |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 1976/05/04 | Barrancabermeja (Santander) | Colombia | Colombia |

| ESTADO CIVIL | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO |
|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐ | 2 | 2 | 4427342 |

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

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| Kra 110B #65B-46 | Bogotá | Cundinamarca | Colombia | 4427342 |

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

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

### 2. DATOS DEL CONYUGE

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Lara | | Lury | Estefy |

| TIPO DE IDENTIFICACION | NUMERO IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|
| C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ | 52330135 | Bogotá (Cundinamarca) | 1993/05/14 |
| PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐ | NACIONALIDAD: Colombiana |

### 3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | DECLARA RENTA | | | | | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | SI ☒ NO ☐ | IVA | SI ☐ | NO ☐ | | 8692 | 8692 |
| | | ICA | SI ☐ | NO ☐ | | PRINCIPAL: ☐ | SECUNDARIA: ☐ |

| GRAN CONTRIBUYENTE | | AGENTE RETENEDOR | | AGENTE AUTORETENEDOR | |
|---|---|---|---|---|---|
| SI ☐ NO ☐ | | | SI ☐ NO ☐ | | SI ☐ NO ☐ |

| FUNCIONARIO PUBLICO | ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA |
|---|---|---|
| SI ☐ NO ☒ | SI ☐ NO ☒ | Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente |

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | | | | | | NIT | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GOBIERNO ☐ | COMERCIAL ☐ | SERVICIOS ☐ | SALUD ☒ | | | 900959051-7 | |
| EXPORTACIONES ☐ | AGRICOLA ☐ | ENERGETICA ☐ | FINANCIERA ☐ | TRANSPORTE ☐ | TECNOLOGIA ☐ | ALIMENTOS ☐ | MEDICAMENTOS ☐ |
| OTRA ☐ | CUAL: | X | | | | | |

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| Cra 14B # 1-45 Sur | 3212805 | Bogotá DC | Cundinamarca | Colombia |
| CARGO ACTUAL | Enfermero Profesional | | FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD) | 2018-07-01 |

Scanned by CamScanner

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

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

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

**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 | 1200000 | AHORROS | 20.000.000 | SALDO HIPOTECA | |
| HONORARIOS | 2900000 | ARRIENDOS | | INVERSIONES | | TARJETAS DE CREDITO | |
| ARRIENDOS | | CUOTA VEHICULO | | VEHICULOS | | DEUDA VEHICULOS | |
| COMISIONES | | CUOTA VIVIENDA | | PROPIEDADES | | DEUDAS TERCEROS | |
| OTROS INGRESOS* | | OTROS EGRESOS* | 500.000 | OTROS ACTIVOS* | | OTROS PASIVOS* | |
| TOTAL INGRESOS | 2900000 | TOTAL EGRESOS | 1700000 | TOTAL ACTIVOS | 20000000 | TOTAL PASIVOS | 0 |
| DESCRIPCION OTROS INGRESOS | | DESCRIPCION OTROS EGRESOS | | DESCRIPCION OTROS ACTIVOS | | DESCRIPCION OTROS PASIVOS | |
| | | | | | | | |

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

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| Beleño | Beleño | Ruby | Hasbleidy |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| Cll 58A #84-93sur | Bogotá | Laboral | 3017422417 |

**7. REFERENCIA FINANCIERA**

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| Bancolombia | Ahorros | | Avenida cll 82 #12 | |

**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:

IMPORTACIOS ☐ 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 entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Enfermero.

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

**9. DOCUMENTOS REQUERIDOS**

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) 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.)

Scanned by CamScanner

**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 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 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 comerciala, 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 344 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 todas las 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 la 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 , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) 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 reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
**2.** El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

**3.** USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades 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 medica, abogados internos y externos, 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 cualquier 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 cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
**6.**DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En 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 mi.
**8.** RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 – 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)* y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.
**9.**AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizno, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
**NOTA:** Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

**IX. FIRMA Y HUELLA**

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

**Firma Cliente / Representante Legal**

**Huella Índice Derecho**

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

Scanned by CamScanner

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

## CERTIFICA

Que **MANUEL ANTONIO PINTO TURIZO** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **91445061** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 91445061 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | MANUEL ANTONIO PINTO TURIZO |
| TIPO DE AFILIADO | SEGUNDO COTIZANTE |
| PARENTESCO | COMPAÑERO (A) PERMANENTE |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | COBERTURA INTEGRAL |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA | 01-12-2012 |
| FECHA RETIRO LABORAL EPS SURA | VIGENTE |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 304 |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | 416 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 47 |

*Se reportan, a partir de la fecha de este certificado, los empleadores con los cuales ha estado afiliado a EPS SURA en los últimos 12 meses.

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** **12/12/2018**

**ESTE DOCUMENTO SÓLO ES VÁLIDO PARA CERTIFICAR SEMANAS COTIZADAS EL SGSSS**

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

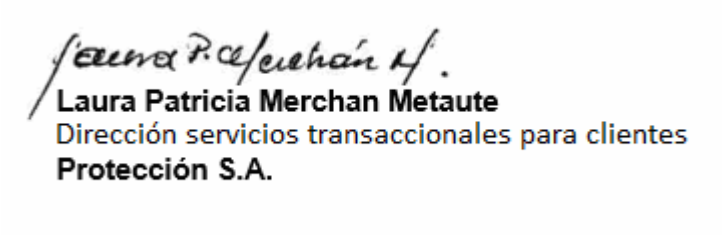
**NIT 800.198.281**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **PINTO TURIZO MANUEL ANTONIO** identificado(a) con **CC** número **91.445.061** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 10 de enero de 2018 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 12 de diciembre de 2018.

Cordialmente,



**Laura Patricia Merchan Metaute**
Dirección servicios transaccionales para clientes
**Protección S.A.**

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2018121208012

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

| | |
|---|---|
| 91445061 — Numero de Documento | BOLIVAR — ARL |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Manuel — Primer Nombre | Antonio — Segundo Nombre | Pinto — 0 | Tutizo — Segundo Apellido |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 04 Mayo 1976 — F. Nacimiento dd/mm/aa | Barrancabermeja — Ciudad de Nacimiento | Kra 110B #65B-46 — Dirección de Residencia | 4427342 — Teléfono Fijo |

| | | |
|---|---|---|
| SURA — EPS - Salud | PROTECCION — AFP - Pensiones | $ 2900.000 — Honorarios |

| | |
|---|---|
| Enfermero — Objeto Contractual (Cargo) | Fecha Inicio del Contrato |

| | |
|---|---|
| manuelpinto04@hotmail.com — Correo Electrónico | 3006260700 — Celular |

Firma del Afiliado

Nesti Johanna Álvarez R.
Enfermera de Ple
Coordinación Urgencias
RM 31125

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 53003092

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**
**Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484**

Scanned by CamScanner

# CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese la información solicitada.

** Campos obligatorios*

Tipo de Documento *

Número de Documento *

La persona identificada con CC-91445061 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar

frgm7

Confirmar imagen *

CONSULTAR

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO
## No. 119090408

WEB
08:24:10


Bogotá DC, 12 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) MANUEL ANTONIO PINTO TURIZO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 91445061:

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 miércoles 12 de diciembre de 2018, a las 08:27:05, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 91445061 |
| Código de Verificación | 914450611812120827O5 |

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

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

Soraya Vargas P.

**SORAYA VARGAS PULIDO**
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA**
**No. 2604976**

**Bogotá D.C., 12 de Diciembre de 2018 - 8:28 am**

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

**CERTIFICA**

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

**91445061**

**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_S6M94_288**
**Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 09:00:14 horas del 12/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **91445061**
Apellidos y Nombres: **PINTO TURIZO MANUEL ANTONIO**

**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

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.

# Referencia Bancaria

Lunes, 29 de Enero de 2018

Señor(a)
A quien pueda interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que PINTO TURIZO MANUEL ANTONIO identificado(a) con CC 91445061, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Nombre Producto | No. Producto | Fecha Apertura | Estado |
|---|---|---|---|
| CUENTA DE AHORROS | 16786300545 | 2012/08/01 | ACTIVA |

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Carolina Giraldo G.

Carolina Giraldo Giraldo
Gerente Estrategia Canal Telefónico

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Scanned by CamScanner