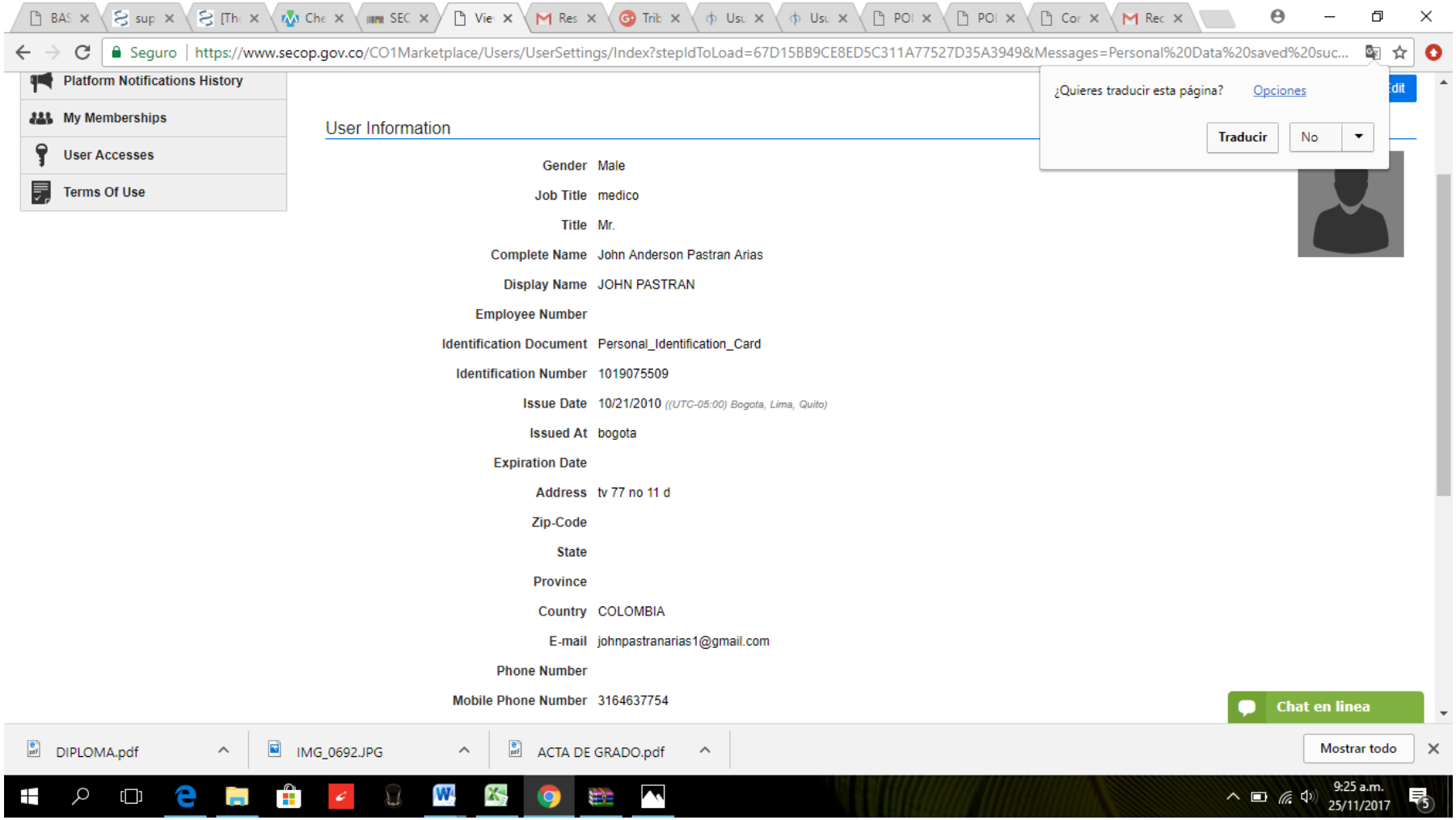

Seguro
https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Users/UserSettings/Index?stepIdToLoad=67D15BB9CE8ED5C311A77527D35A3949&Messages=Personal%20Data%20saved%20suc...
¿Quieres traducir esta página?
Opciones
Traducir
No
Platform Notifications History
My Memberships
User Accesses
Terms Of Use
User Information
Gender Male
Job Title medico
Title Mr.
Complete Name John Anderson Pastran Arias
Display Name JOHN PASTRAN
Employee Number
Identification Document Personal_Identification_Card
Identification Number 1019075509
Issue Date 10/21/2010 ((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)
Issued At bogota
Expiration Date
Address tv 77 no 11 d
Zip-Code
State
Province
Country COLOMBIA
E-mail johnpastranarias1@gmail.com
Phone Number
Mobile Phone Number 3164637754
Chat en linea
DIPLOMA.pdf
IMG_0692.JPG
ACTA DE GRADO.pdf
Mostrar todo
9:25 a.m.
25/11/2017

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
PASTRAN	ARIAS	JOHN ANDERSON

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1019075509

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 1019075509 D.M NO 1

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 21 MES SEP AÑO 1992

PAÍS: Colombia

DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: TV 74 no 11 d15

PAÍS: Colombia DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C. TELEFONO: 3164637754

EMAIL: johnpastranarias1@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 TECNICOCOMERCIAL
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES: NOVIEMBRE AÑO: 2009
										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	12	2015	1019075509

DOMINIO DE IDIOMAS

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Ingles		X			X			X	

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

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: Subred Centro Oriente E.S.E Hospital La Victoria	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: medicosurgenciaslavictoria@subredcentroorien	
TELÉFONOS: 3015818968	*FECHA DE INGRESO*: DIA 6 MES 4 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: MEDICO DE URGENCIAS	*DEPENDENCIA*: URGENCIAS ADULTOS	*DIRECCIÓN*: Diagonal 39 sur N° 3-20 Este	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS VICHADA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Vichada	*MUNICIPIO*: Puerto Carreño	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 0	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 1 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 12 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO: MEDICO SSO	*DEPENDENCIA*: HOSPITALIZACION	*DIRECCIÓN*: AV ORINOCO NO 19	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	1	7
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	1	7

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).

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 del diligenciamiento Bogotá 18/12/2019

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

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: 18-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JOHN ANDERSON PASTRAN ARIAS
IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ C.E. ○ T.I. ○ **No.** 1019075509 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección TV 74 no 11 d15 **Teléfonos** 3164637754 3164637754

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LYDA NEIFFY ARIAS GARCIA	51871303	MADRE
JOHN HENRY PASTRAN PEDREROS	79464071	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	$ 10.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 1.000.000,00
TOTAL	$ 11.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
banco de bogota	AHORROS	4434279	bogota	$ 4.700.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	Tuu12e	$ 17.500.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
icetex	pago prestamo	$ 15.000.000,00
colpatria	credito de vivienda	$ 250.000.000,00

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: 18-dic-2018

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 C.C◯ C.E◯ T.I.◯	NÚMERO DOCUMENTO

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. 18-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A

Personería Jurídica No. 7392 - de Mayo de 1983 - Resolución No. 4975 del 29 de diciembre de 2004 - Ministerio de Educación Nacional

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

JOHN ANDERSON PASTRAN ARIAS

Cédula de Ciudadanía No. 1.019.075.509 de Bogotá D.C.

Aprobó los estudios programados por la Universidad y cumplió los requisitos exigidos por los estatutos y la ley,
para un programa de formación de nivel de pregrado,
le confiere el título de:

Médico

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

Bogotá D.C., República de Colombia, 10 de diciembre de 2015.

Presidente, Rector, Decano, Secretaria General,

34 NOTARIA TREINTA Y CUATRO
CIRCULO DE BOGOTA D.C.
REPUBLICA DE COLOMBIA
14 DIC 2015
Esta fotocopia coincide con el ORIGINAL que he tenido a la vista Art.74 Dec.960/70
CLAUDIA LEGUIZAMON MILLAN
NOTARIA (E)

Diploma No. 9497
Registrado al Folio No. 43
Del Libro de Diplomas No. 3
Fecha 10 de diciembre de 2015
Registro de Titulado 9401

Código de Seguridad: 1835-AA-001781

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

Gimnasio Académico Regional

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

según resolución 1902 del 18 de febrero de 1997

Confiere a:

John Anderson Pastran Arias

T.I. 920921-52360 de Bogotá D.C.

El Título de

Bachiller Técnico Comercial

Modalidad Comercial

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

GIMNASIO ACADÉMICO REGIONAL

Rector

C.C. 9.192.797 de Bello

GIMNASIO ACADÉMICO REGIONAL DE BOGOTÁ
SECRETARÍA ACADÉMICA

Elizabeth Segura Cañón

C.C. 39.533.379 de Bogotá

Secretaria Académica

Anotado al folio 04 del libro para control interno de diplomas No. 135

Dado en Bogotá, D.C., a los 26 días del mes de noviembre de 2009

Por supuesto seguro autodestructivo de firmas, en uso de salto de la [illegible] según decreto 2150 del 5 de enero de 1995 y ley 962 de julio de 2005 (Estatuto 21)

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Acta de Grado No. 9497

En la Ciudad de Bogotá D.C., el 10 de diciembre de 2015, se llevó a cabo el Acto de Graduación, presidido por los Doctores: Jaime Cadena Santos, Presidente, Germán Anzola Montero, Rector y Eliana Sánchez Saldarriaga, Secretaria General; en el cual la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. previo el juramento reglamentario, confirió el título de

MÉDICO

A:

JOHN ANDERSON PASTRAN ARIAS

Identificado, con la Cédula de Ciudadanía No. 1.019.075.509 de Bogotá D.C., quien cumplió con los requisitos académicos, las exigencias establecidas en los reglamentos y las normas legales y le otorgó el Diploma que lo acredita como tal.

La Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A., está autorizada para conferir este título según lo establecido en el Artículo 19 de la Ley 30 de 1992.

En fe de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en Bogotá D.C., el 10 de diciembre de 2015.

Firmado por:

JAIME CADENA SANTOS
Presidente

ELIANA SÁNCHEZ SALDARRIAGA
Secretaria General

34 NOTARIA TREINTA Y CUATRO
CIRCULO DE BOGOTA D.C.
REPUBLICA DE COLOMBIA
14 DIC 2015
Esta fotocopia coincide con el ORIGINAL que he tenido a la vista Art.74 Dec.960/70
CLAUDIA LUCIA MORALES
NOTARIA(E)

ELIANA SÁNCHEZ SALDARRIAGA
Secretaria General

Bogotá D.C

Señores:

_____UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES _

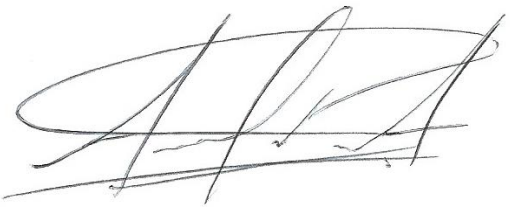
REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

_____MEDICO_____

Cordialmente;



Firma _____

No. de documento:_____1019075509_____

Tarjeta profesional No: _____1019075509_____

Dirección de contacto:_____TV 74 NO 11D 15 _____

Teléfono: _____3164637754_____

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL VICHADA
Secretaría Departamental de Salud

LA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL VICHADA

CERTIFICA

Que conforme a lo establecido en el artículo 33 de la Ley 1164 de 2007 y las Resoluciones 1058 y 2358 de 2014, el profesional **JOHN ANDERSON PASTRAN ARIAS** identificada con cedula de ciudadanía número **1.019.075.509** expedida en Bogotá D.C, cumplió el servicio social obligatorio en el Hospital Departamental San Juan De Dios Empresa Social del Estado, en Puerto Carreño (Vichada) como **MÉDICO**, en la (s) siguiente plaza (s) y fechas:

Código de la Plaza	Modalidad	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
9900100006011-3	**MÉDICO**	01-01-2016	31-12-2016

Dada en Puerto Carreño, a los 05 días del mes de Enero de 2017.

COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE

MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ ORTIZ
Secretaria Departamental de Salud

Avenida Orinoco Calle 10 TEL: 098 - 5654365 Fax 5654210
Código Postal 99001 Nit. 892 099 154-8 secsalud@vichada.gov.co
Barrio La Primavera - Puerto Carreño Vichada

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	CERTIFICACIÓN ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	**ADM-CTT-FT-22 V1**

LA SUSCRITA PROFESIONAL ESPECIALIZADA

CERTIFICA QUE:

Una vez revisado el archivo general de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, NIT.900.958.564-9, se encuentra el registro de **JOHN ANDERSON PASTRAN ARIAS**, identificado (a) con la Cédula de Ciudadanía No**. 1019075509**, quien ha prestado sus servicios en esta Entidad a través de Orden o Contrato de Prestación de Servicios así:

ORDEN O CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS	PLAZO DE EJECUCION		OBJETO	VALOR TOTAL CONTRATO	UNIDAD SERVICIOS DE SALUD
	DESDE	HASTA			
004159	13/02/2017	31/08/2017	MEDICO	$39'480.000	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
008893	01/09/2017	VIGENTE	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ASISTENCIAL	$11'904.000	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

La presente certificación no reconoce derechos laborales, en virtud a que se trata de un Contrato por prestación de servicios para independientes regulado por el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E y demás normas concordantes.

Se advierte que la información contentiva de la presente certificación fue tomada de la base de datos y archivo en físico que reposa en la Entidad.

Para confirmar los datos que contiene esta certificación o solicitar información adicional favor comunicarse al Área de Contratación, línea telefónica **7428585 Ext. 1504.** Código de Verificación Y0OWKEXG0.

La certificación se expide en Bogotá D.C., a solicitud del interesado (a), para ser presentada a **QUIEN INTERESE** a los Dieciocho días del mes de Septiembre del 2017.

AMANDA LEMUS HERNANDEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADA

FUNCIONARIO/ CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado por:	Cecilia Pérez Bautista	Asistente Administrativo	TUNAL	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	

Las presentes actuaciones administrativas se ejecutan en cumplimiento con lo establecido en el artículo 2 del Acuerdo Distrital 641/2016 del Concejo de Bogotá con el cual se efectuó la reorganización del sector salud de Bogotá, con base en lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 que regula la modificación de las entidades públicas mediante las figuras de reestructuración, fusión, supresión o liquidación; en el presente caso de fusión, no implica solución de continuidad para el ejercicio de la función o prestación del servicio.

En cumplimiento de los principios administrativos previstos en el Código Procesal Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, de responsabilidad y eficacia, se continuara operando de conformidad con lo dispuesto en la Ley 489 de 1998 hasta tanto se asegure la operación de la Subred Sur, a fin de evitar vacíos e inseguridad jurídica.

Declaramos que hemos revisado el presente documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales y por tanto lo presentamos para la respectiva firma.


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.019.075.509
PASTRAN ARIAS
APELLIDOS
JOHN ANDERSON
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 21-SEP-1992
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
27-OCT-2010 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00579172-M-1019075509-20140529 0038864528A 3 1242886928

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14402724891

(415)7707212489984(8020) 000001440272489 1

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 0 1 9 0 7 5 5 0 9	2 0 1 0 1 0 2 7

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
PASTRAN	ARIAS	JOHN	ANDERSON

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: CL 145 128 53 AP 366 IN 17 BRR SUBA COMPARTIR

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
johnpastranarias1@gmail.com		3 1 6 4 6 3 7 7 5 4	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código:	1 / 2
8 6 2 1	2 0 1 7 0 1 0 2		Año Mes Día		

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI X NO

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2 0 1 7 0 2 0 1 (Año Mes Día)

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: LOPEZ HERRERA MEIBY JISETH

985. Cargo: Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 25-11-2017
Hora: 8:24:29 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1019075509-9 JOHN ANDERSON PASTRAN ARIAS

Información General

Dirección CL 145 128 53 AP 366 IN 17 BRR SUBA COMPARTIR

Teléfonos 3164637754

Dirección electrónica johnpastranarias1@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 01/02/2017

Soporte Inscripción 20997613

Fecha Inicio Actividades 01/02/2017

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica 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:

Código de Verificación de Información: 17002434203

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

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJÉRCITO NACIONAL

DIRECCIÓN DE RECLUTAMIENTO Y CONTROL RESERVAS

EL SUSCRITO OFICIAL DE ATENCIÓN AL USUARIO

C E R T I F I C A

Que el señor JOHN ANDERSON PASTRAN ARIAS identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1019075509, presenta los siguientes datos referentes a la definición de su situación militar:

Primer Nombre:	JOHN
Segundo Nombre:	ANDERSON
Primer Apellido:	PASTRAN
Segundo Apellido:	ARIAS
Tipo Documento:	Cédula de Ciudadanía
Número Documento:	1019075509
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 2 días del mes de Diciembre de 2018, a las 10:33:41 PM.

Cordialmente,

TC. NESTOR LEONARDO DÍAZ LEÓN

Jefe Oficina Orientación y Atención al Ciudadano JEREC

Generó: Sistema Fénix

COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO CMC

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

JOHN ANDERSON PASTRAN ARIAS

C.C o C.E 1019075509

Profesión u Ocupación

MEDICO

Especialidad



1019075509

Institución de Educación
U.D.C.A.

Ciudad **BOGOTA D.C.**

Fecha de expedición diploma **10/12/2015**

Fecha de inscripción RETHUS **06/02/2017**

Scanned by CamScanner

Firma



Firma representante Colegio Médico Colombiano

Esta tarjeta es un documento público y se expide de conformidad con la Ley1164 de 2007 y el Decreto 4192 de 2010. Si esta tarjeta es encontrada, favor devolverla al Colegio Médico Colombiano Cra. 18 C # 121-40 Ofc. 201 info@colegiomedicocolombiano.org

www.ideqs.com

Scanned by CamScanner

ACTA DE POSESION No.

En la ciudad de Puerto Carreño - Vichada a los 1 días del mes de Agosto del 2016, se presentó en el Despacho de la Dirección de Empresa Social del Estado, Hospital Departamental San Juan de Dios, de Puerto Carreño (Vichada), **JOHN ANDERSON PASTRANA ARIAS (C.C. No.1.019.075.509**), expedida en Bogotá D.C., a tomar posesión del cargo de PROFESIONAL EN SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO Código 217 Grado 18, para el que fue nombrado mediante resolución No.

Presentó la siguiente documentación:

Formato Único Hoja de Vida –Personal Natural cinco (5) paginas.
Fotocopia de Cédula de Ciudadanía No.1.019.075.509 expedida en Bogotá D.C.
Fotocopia del Diploma como Medico y Cirujano de la Universidad Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A del 14 de Diciembre de 2015.
Fotocopia del Acta de Grado No. 9497 de fecha 10 de Diciembre de 2015, de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A.
Certificado de Antecedentes de la Procuraduría 78180163
Certificado Contraloría General de la República Código 10304577212015.
14257069670Formulario del Registro Único Tributario No. 14330745279.
Libreta Militar No. 1019075509

Tomado el juramento de rigor se le hace saber al posesionado que debe afiliarse al Sistema General de Pensiones y Salud, en la entidad que voluntariamente escoja, presentando constancia de su inscripción en los siguientes diez (10) días hábiles.

FIRMAN

DIRECTOR DE HOSPITAL **El POSESIONADO**

ACTA DE POSESION No.

En la ciudad de Puerto Carreño - Vichada a los 1 días del mes de Agosto del 2016, se presentó en el Despacho de la Dirección de Empresa Social del Estado, Hospital Departamental San Juan de Dios, de Puerto Carreño (Vichada), **JOHN ANDERSON PASTRANA ARIAS (C.C. No.1.019.075.509)**, expedida en Bogotá D.C., a tomar posesión del cargo de PROFESIONAL EN SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO Código 217 Grado 18, para el que fue nombrado mediante resolución No.

Presentó la siguiente documentación:

Formato Único Hoja de Vida –Personal Natural cinco (5) paginas.
Fotocopia de Cédula de Ciudadanía No.1.019.075.509 expedida en Bogotá D.C.
Fotocopia del Diploma como Medico y Cirujano de la Universidad Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A del 14 de Diciembre de 2015.
Fotocopia del Acta de Grado No. 9497 de fecha 10 de Diciembre de 2015, de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A.
Certificado de Antecedentes de la Procuraduría 78180163
Certificado Contraloría General de la República Código 10304577212015.
14257069670Formulario del Registro Único Tributario No. 14330745279.
Libreta Militar No. 1019075509

Tomado el juramento de rigor se le hace saber al posesionado que debe afiliarse al Sistema General de Pensiones y Salud, en la entidad que voluntariamente escoja, presentando constancia de su inscripción en los siguientes diez (10) días hábiles.

FIRMAN

DIRECTOR DE HOSPITAL **El POSESIONADO**

RESOLUCION No. -150

Por la cual se hace un nombramiento para la prestación del Servicio Social Obligatorio.

EL DIRECTOR ENCARGADO DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN JUAN DE DIOS, E.S.E. en uso de sus atribuciones legales, y,

CONSIDERANDO

Que, por L.50/81, se creó el Servicio Social Obligatorio en todo el Territorio Nacional, para ser prestado por aquellas personas con formación Tecnológica o Universitaria, como requisito indispensable y previo para obtener la refrendación del título que le permita vincularse a la Administración del Estado o ejercer la profesión dentro del Territorio Nacional;

Que, por Resolución No. 2358 del 2014 del Ministerio de Salud, y protección Social, establece el procedimiento para la asignación de las plazas del S.S.O;

Que, **JOHN ANDERSON PASTRANA ARIAS (C.C. No.1.019.075.509**), expedida en Bogotá D.C Médico y Cirujano, Egresado de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. Para la vinculación a la E.S.E Hospital Departamental San Juan de Dios, de Puerto Carreño como Medico en Servicio Social Obligatorio;

En mérito de lo expuesto;

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Nombrar a partir del 01 de Agosto de 2016 a **JOHN ANDERSON PASTRANA ARIAS (C.C. No.1.019.075.509**), expedida en Bogotá D.C Médico y Cirujano, Egresado de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. en el cargo de PROFESIONAL EN SERVIICO SOCIAL OBLIGATORIO, Código 217-18, E.S.E Hospital Departamental San Juan de Dios, de Puerto Carreño Vichada, con una asignación básica mensual de $ 3.821.549. **PARAGRAFO**: La duración el Servicio Social Obligatorio se cumplirá por el término de un (1) año.

Continuación de la Resolución No. 150

ARTICULO SEGUNDO: Una vez cumplido el tiempo restante para efectos de la realización del año de S.S.O señalado en la Ley, **JOHN ANDERSON PASTRANA ARIAS (C.C. No.1.019.075.509)**, expedida en Bogotá D.C, terminará su vinculación laboral con el Hospital y se le expedirá la certificación de que trata el D.1875/94 y Resolución N.2358 del 16 de Junio de 2014 del Ministerio de la Protección social para efectos del Registro del Título correspondiente.

ARTICULO TERCERO: La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y su copia se enviará a la Dirección de Vigilancia y Control Sección Profesiones del Ministerio de la Protección Social.

Dado en Puerto Carreño a los

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE

29 JUL 2016

OMAR ENRIQUE GONZALEZ MARTINEZ
Director Encargad Hospital II Nivel

ACTA DE POSESION No.

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 *

1019075509

Primer Nombre *

JOHN

Primer Apellido *

PASTRAN

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-03→12:25:08 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1019075509	JOHN	ANDERSON	PASTRAN	ARIAS	Ver

Información Detallada [CC: 1019075509] JOHN ANDERSON PASTRAN ARIAS

2018-12-03→12:25:08 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	MEDICINA	2017/2/06	COLEGIO MEDICO COLOMBIANO

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).

Tribunal de Ética Médica de Bogotá
Ley 23 de 1981

CERTIFICA

Que una vez revisado el archivo computarizado de esta Corporación, no se encontró que durante los últimos cinco (5) años **JOHN ANDERSON PASTRAN ARIAS**, quien presenta la cédula de ciudadanía No. 1.019.075.509 de Bogotá y Acta de Grado No. 9497 del 10/12/2015 de la Universidad Ciencias Aplicadas y Ambientales, registre antecedentes disciplinarios.

Se aclara que esta información no incluye la que puedan tener los demás Tribunales Seccionales.

La presente certificación se expide en Bogotá, D. C, a los veinticuatro (24) días del mes de enero de dos mil diecisiete (2017).

ÁLVARO ENRIQUE FACCINI DUARTE
Presidente

Calle 93B No. 12 – 30 oficina 402 Tel. 2578308 - 6363720
Bogotá D. C.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: ##################

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1019075509
Nombres y Apellidos	JOHN ANDERSON PASTRAN ARIAS		
Fecha de nacimiento:	21/09/1992		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución va
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	2/02/2017	Hepavax Gene		DR. REGULO RAMIREZ COI
	Segunda dosis	3/03/2017	Hepavax Gene		DR. REGULO RAMIREZ COI
	Tercera dosis	4/04/2017	Hepavax Gene		DR. REGULO RAMIREZ COI
	Refuerzo	5/10/2017	Hepavax Gene		DR. REGULO RAMIREZ COI
Influenza	Única	2/11/2017	GRENROS	VS01040	Biosalud
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única				
Td	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico	Primera dosis				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: ##################

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	1019075509
Nombres y Apellidos	JOHN ANDERSON PASTRAN ARIAS		
Fecha de nacimiento:	21/09/1992		

	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis	19/01/2012	Tetavax		CENTRO MEDICO COLSUB
	Segunda dosis	21/02/2012	Tetavax		CENTRO MEDICO COLSUB
	Tercera dosis	26/07/2012	Tetanol Pur	024101C	CENTRO MEDICO COLSUB
Triple viral	Primera dosis	19/01/2012	Priorix		CENTRO MEDICO COLSUB
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis	3/02/2017	Varicela GCC	LS1014473	BIOSALUD
	Segunda dosis				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

##################

cunadora
RTES
RTES
RTES
RTES

##################



SIDIO CALLE 63
SIDIO PORTAL NORTE
SIDIO PORTAL NORTE
SIDIO CALLE 63

SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA.
Prestador: 110010653704
Direccion: Cra 24 Nro 84 - 37
Telefono: 7560686
Email: conceptos@soandes.co
SOA-FDSD-1 / REV 5 - JUL/14

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha Impresión:	Bogota D.C. - 2017/01/25		
Paciente:	JOHN ANDERSON PASTRAN ARIAS	Origen:	EMERMEDICA SA SERVICIOS DE AMBULANCIA PREPAGADOS
CC:	1019075509	Destino:	
Edad:	24 años	Cargo:	MEDICO
Tipo Evaluación:	**EXAMEN PRE - INGRESO**	Nro Ingreso:	478611 / BOGOTA - CHICO
Fecha Ingreso:	2017-01-25 11:31:20	Fecha Salida:	2017-01-25 12:16:59

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS
AUDIOMETRIA
OPTOMETRIA

LABORATORIO CLINICO

COMPLEMENTARIOS

VACUNAS

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN PRE - INGRESO:	**APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO CON RECOMENDACIONES**
OBSERVACIONES:	USO DE GAFAS DURANTE SU JORNADA LABORAL.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	SATISFACTORIO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Remitir a ARL
- [x] Pausas Activas
- [x] Manejo de cargas o Posturas
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Control Periodico PP por EPS
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [x] Uso de E.P.P.

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Biologico:	Uso de elementos de bioseguridad adecuados para el riesgo y verificacion de esquemas de vacunacion
Cuidado de la Voz:	Educación en uso adecuado de la voz. Pautas de calentamiento y reposo vocal.
Piel:	Uso de protección adecuada en zonas expuestas a agentes irritantes. Reportar la aparicion de reacciones adversas en piel.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Recomendaciones Especificas

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA: PAUSAS ACTIVAS TANTO PARA MIEMBROS SUPERIORES COMO PARA MIEMBROS INFERIORES SEGÚN PROGRAMA DE ARL, ADEMÁS PAUSAS VISUALES Y PARPADEO CONSCIENTE SI ESTÁ EXPUESTO A MONITORES. USO DE GAFAS PERMANENTES DURANTE SU JORNADA LABORAL, CONTROLES ANUALES Y AJUSTES SEGÚN NECESIDADES. Determinar titulos de anticuerpos para: Hepatitis B RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR: DIETA SALUDABLE.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACION ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERIDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO.

Profesional Ocupacional: ALFONSO MEDINA REY
Registro M.D: 19484044
Licencia S.O: 8717 de 11/9/2009

Firma del Paciente: JOHN ANDERSON PASTRAN ARIAS
Identificacion: C.C. - 1019075509

Usted necesita verificar la autenticidad de este concepto, envienos su solicitud al correo: conceptos@soandes.co
Conmutador 7560685 -7560686/ www.saludocupacionalandes.com / Bogotá D.C. – Colombia

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
certifica que:

JOHN PASTRAN ARIAS

1019075509

Recibió entrenamiento en Atención Integral a Victimas de Violencia Sexual, participando en jornadas de educación teórico prácticas.

Para constancia se firma
en febrero de 2018

Fabiola Bautista López
Directora de Gestión del Talento Humano
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Gloria Libia Polanía Aguillón
Gerente (e)
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Liliana Andrea Ortiz Valderrama
Referente de Salud Mental
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

FUMEFI SAS

FUMEFI SAS
APH Y GESTION DE RIESGO
900.806.660-6

CORPORACIÓN TÉCNICA
EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
NIT: 900790014

AUTORIZADA POR LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE CUNDINAMARCA,
SEGUN RESOLUCION No 003697 DEL 29 DE OCTUBRE DE 2004 Y APROBACIÓN
OFICIAL POR EL MINISTERIO DE SALUD MEDIANTE EL ACUERDO EJECUTIVO
No 058 DEL 16 DE MARZO DE 2004.

N° 2316

CERTIFICA A:

JHON ANDERSON PASTRAN ARIAS

C.C 1.019.075.509

Asistió y aprobó el Curso de Soporte Vital Avanzado (ACLS)
con una intensidad de 48 horas
Otorgado en Bogotá D.C. a los 16 días del mes de Enero del 2018

Héctor M. Chala
Gerente

Dirección General
Nit.: 900.790.014-6

Dr. Camilo Rey Perez
RM 14858
Medico Cirujano -Instructor

Sede principal: calle 40 sur #5-30 Este (barrio la victoria)
Contacto: 3143606143- 3125685586- 2065174

Scanned by CamScanner

FUMEFI SAS

FUMEFI SAS
APH Y GESTION DE RIESGO
900.806.660-6

CORPORACIÓN TÉCNICA
EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
NIT: 900790014

N° 2314

AUTORIZADA POR LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE CUNDINAMARCA, SEGUN RESOLUCION No 003697 DEL 29 DE OCTUBRE DE 2004 Y APROBACIÓN OFICIAL POR EL MINISTERIO DE SALUD MEDIANTE EL ACUERDO EJECUTIVO No 058 DEL 16 DE MARZO DE 2004.



CERTIFICA A:

JHON ANDERSON PASTRAN ARIAS

C.C 1.019.075.509

Asistió y aprobó el curso de Soporte Vital Básico (BLS)
con una intensidad de 40 horas
Otorgado en Bogotá D.C. a los 10 días del mes de Enero del 2018

Hector M. Chala
Gerente

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección General
Nit.: 900.790.014-6

Sede principal: Carrera 10 N° 26 – 28 Sur
Contacto: 3143606143- 2065174

Scanned by CamScanner

FUMEFI SAS

FUMEFI SAS
APH Y GESTION DE RIESGO
900.806.660-6

CORPORACIÓN TÉCNICA
EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
NIT: 900790014

AUTORIZADA POR LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE CUNDINAMARCA,
SEGUN RESOLUCION No 003697 DEL 29 DE OCTUBRE DE 2004 Y APROBACIÓN
OFICIAL POR EL MINISTERIO DE SALUD MEDIANTE EL ACUERDO EJECUTIVO
No 058 DEL 16 DE MARZO DE 2004.

N° 2316

CERTIFICA A:

JHON ANDERSON PASTRAN ARIAS

C.C 1.019.075.509

Asistió y aprobó el Curso de Soporte Vital Avanzado (ACLS)
con una intensidad de 48 horas
Otorgado en Bogotá D.C. a los 16 días del mes de Enero del 2018

Héctor M. Chala
Gerente

Dirección General
Nit.: 900.790.014-6

Dr. Camilo Rey Perez
RM 14858
Medico Cirujano -Instructor

Sede principal: calle 40 sur #5-30 Este (barrio la victoria)
Contacto: 3143606143- 3125685586- 2065174

Scanned by CamScanner

FUMEFI SAS

FUMEFI SAS
APH Y GESTION DE RIESGO
900.806.660-6

CORPORACIÓN TÉCNICA
EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
NIT: 900790014

N° 2314

AUTORIZADA POR LA SECRETARIA DE EDUCACIÓN DE CUNDINAMARCA, SEGUN RESOLUCION No 003697 DEL 29 DE OCTUBRE DE 2004 Y APROBACIÓN OFICIAL POR EL MINISTERIO DE SALUD MEDIANTE EL ACUERDO EJECUTIVO No 058 DEL 16 DE MARZO DE 2004.



CERTIFICA A:

JHON ANDERSON PASTRAN ARIAS

C.C 1.019.075.509

Asistió y aprobó el curso de Soporte Vital Básico (BLS)
con una intensidad de 40 horas
Otorgado en Bogotá D.C. a los 10 días del mes de Enero del 2018

Hector M. Chala
Gerente

CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
Dirección General
Nit.: 900.790.014-6

Sede principal: Carrera 10 N° 26 – 28 Sur
Contacto: 3143606143- 2065174

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:	2018-12-18	CIUDAD:	BOGOTÁ D.C.	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ 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 el Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
ASTRAN	ARIAS	JOHN	ANDERSON		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C: ☒	C.E: ☐	R.C: ☐	NUIP ☐	1019075509	BOGOTÁ D.C.	21-10-2010
ASAPORTE: ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒		

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1-09-2018	BOGOTÁ D.C.	COLOMBIA	COLOMBIA

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
OLTERO(A) ☒ UDO(A) ☐	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE ☐	NINGUNA	CERO	3164637754

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA								PROFESION / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☐ TECNOLOGO ☒	CHILLER ☐ OTRO ☐	IMARIA ☐	NICO ☐	☐	CUAL:	MÉDICO

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
V 74 NO 11 D 15	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	COLOMBIA	3164637754

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
OHNPASTRANARIAS1@GMAIL.COM		PROPIA ☐	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☒

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

SALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:					
OCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐						
ROFESIONAL NDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA..... ☐						

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

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

Scanned by CamScanner

UNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
S[X] NO[ ]	S[ ] NO[X]	SUBRED CENTRO ORIENTE

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

XPORTACIONES [ ] AGRICOLA [ ] ENERGETICA [ ] FINANCIERA [ ] TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA [ ] ALIMENTOS [ ] MEDICAMENTOS [ ]

)TRA [ ] CUAL: X

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DIAGONAL 34 N 5-43	3444484	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	COLOMBIA
CARGO ACTUAL	MEDICO GENERAL		FECHA VINCULACION	16-04-2017

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	
ALARIOS	$ 6.000.000	GASTOS FAMILIARES	$ 1.000.000	AHORROS	$ 2.000.000	SALDO HIPOTECA	$ 0
ONORARIOS	$ 0	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	TARJETAS DE CREDITO	$ 0
RRIENDOS	$ 0	CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ 0
OMISIONES	$ 0	CUOTA VIVIENDA	$ 2.500.000	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ 0
TROS INGRESOS*	$ 0	OTROS EGRESOS*	$ 500.000	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ 0
OTAL INGRESOS	$ 6.000.000	TOTAL EGRESOS	$ 4.000.000	TOTAL ACTIVOS	$ 2.000.000	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS
NA	GASTOS PERSONALES	NA	NA

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
PASTRAN	ARIAS	JOHN	ANDERSON
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
TRANSVERSAL 74 # 11A-15	BOGOTÁ D.C.	AMIGO	3164637754

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
BANCO DE BOGOTA	CUENTA DE AHORROS	44342749	tunal	3820000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI [ ] NO [X]

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION [ ] EXPORTACION [ ] TRANSFERENCIAS [ ] PRESTAMOS [ ] SERVICIOS [ ] O [ ] [ ] 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":

. 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, rofesión, negocio, etc.):

MEDICO GENERAL

Scanned by CamScanner

. 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)
. 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 dicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) on 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 plicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE ERVICIOS 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 iolación del mismo.
. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO)RIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

salariado: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 eclarante.
'ensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.
'rofesional 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 e 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 ertificados + 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.
ocios 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 eclarante

. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
. 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.)

0. 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

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

AUTORIZACION

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

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

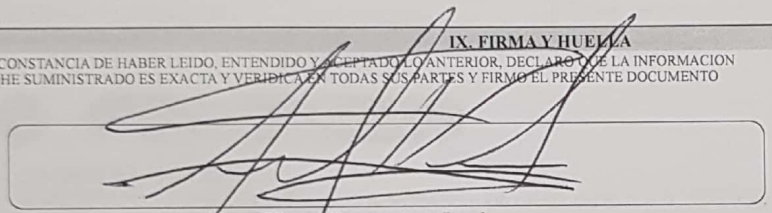
Scanned by CamScanner

. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las eronas 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 bligaciones 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, bogados 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 ienes 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 easeguros. 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 elección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para umplir con las finalidades del tratamiento.
. 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 onsecuencia, 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, os 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 el Titulo I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
.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 ido obligados a responderlas.

. 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 erecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.
. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de alud 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 ratamiento 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 ervicios 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 uriaft@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)*.
. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional e 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	
.Nombre del funcionario o asesor:			
. Lugar de la Entrevista:			
. Observaciones:			
. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO ☐	RECHAZADO ☐	
. 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:			

Scanned by CamScanner

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JOHN ANDERSON PASTRANA ARIAS identificado(a) con CC 1019075509 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/05/2016**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - SEDE AMERICAS**
Categoría:	**B**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 02 días del mes de diciembre del año 2018 .

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

Observaciones:

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

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOHN ANDERSON PASTAN ARIAS identificado(a) con C.C No. 1.019.075.509, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 03 de diciembre del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y 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 7484888 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 604 2888. ¸ e-mail serviciocliente@colfondos.com.co.



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

Medellín, 17 de diciembre de 2018

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que JOHN ANDERSON PASTRAN ARIAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 1019075509 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 23/06/2018 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10190755091835151515

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 17/12/2018 2.18 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 17 de diciembre de 2018

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que JOHN ANDERSON PASTRAN ARIAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 1019075509 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 23/06/2018 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10190755091835151515

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 17/12/2018 2.18 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 17 de diciembre de 2018

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que JOHN ANDERSON PASTRAN ARIAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 1019075509 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 23/06/2018 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%
ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10190755091835151515

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 17/12/2018 2.18 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

1019075509	SURA
Numero de Documento	ARL

JOHN	ANDERSON	PASTRAN	ARIAS
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

21/09/1992	BOGOTA	TV 74 NO 11 D 15	3164637754
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

NUEVA EPS	COLFONDOS	$ 5.940.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

MEDICO GENERAL	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

johnpastranarias1@gmail.com	3164637754
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. 118678130

WEB
21:48:39

Bogotá DC, 02 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) JOHN ANDERSON PASTRAN ARIAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1019075509:

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 domingo 02 de diciembre de 2018, a las 22:00:33, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1019075509
Código de Verificación	1019075509181202220033

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. 2576484

Bogotá D.C., 2 de Diciembre de 2018 - 22:09 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **UN MIL DIECINUEVE MILLONES SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS NUEVE**

1019075509

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_152XD_0922
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 22:06:52 horas del 02/12/2018, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1019075509**
Apellidos y Nombres: **PASTRAN ARIAS JOHN ANDERSON**

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.

Banco de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona JOHN ANDERSON PASTRAN ARIAS identificado(a) con CC 1019075509 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS No. 044342749 desde el 16 de julio de 2013, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 17 de diciembre de 2018, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogota

Scanned by CamScanner