Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Nuevo registro

Estado de las solicitudes de registro

Abajo está la lista de todos sus miembros y correspondiente estado.

Número de documento	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
80119043	OSCAR RAMIREZ	15/11/2017 09:36:39 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	15/11/2017 09:36:39 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	Aceptado

Cambiar el estilo de paginación

Nuevo registro

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: 13-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
RAMIREZ		OSCAR JAVIER

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80119043

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 80119043 D.M 2

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 23 MES ABR AÑO 1983

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

CRA 7 ESTE # 36I-34 SUR ORIENTAL

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3625639

EMAIL oscarjr72@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER TECNOLOGICO
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 2000
										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	10	X		ENFERMERA(O)	11	2009	28513

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: 13-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLOGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: sub red centro oriente	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionalusuario@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS: 3444484	*FECHA DE INGRESO*: DIA 23 MES 1 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: enfermero jefe	*DEPENDENCIA*: urgencias	*DIRECCIÓN*: diagonal 34 No 5 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: INVERSIONES MEDICAS ESIMED	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*:	
TELÉFONOS: 7957155	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 7 AÑO 2011	*FECHA DE RETIRO*: DIA 16 MES 5 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: ENFERMERO JEFE	*DEPENDENCIA*: urgencias	*DIRECCIÓN*: AUTOPISTA NORTE No 104 33	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: ese hospital san antonio de arbelaez	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Cundinamarca	*MUNICIPIO*: Arbeláez	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: hsasubgerencia@gmail.com	
TELÉFONOS: 868 60 69	*FECHA DE INGRESO*: DIA 12 MES 8 AÑO 2010	*FECHA DE RETIRO*: DIA 12 MES 2 AÑO 2011	
CARGO O CONTRATO: enfermero jefe	*DEPENDENCIA*: promocion y prevencion	*DIRECCIÓN*: Calle 7 No. 8-48	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	2	4
PRIVADO	5	10

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: 13-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*
PARTICULAR	0	0
TOTAL	8	3

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).

Bogota 13 de Diciembre 2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

OSCAR BAHAREZ

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

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, OSCAR JAVIER RAMIREZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 80119043 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección CRA 7 ESTE # 36I-34 SUR ORIENTAL **Teléfonos** 3112257385 3625639

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
SARA SOFIA RAMIREZ BELTRAN	1028724368	HIJO(A)
JAVIER SANTIAGO RAMIREZ MONTES	1031833193	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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 28.800.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 28.800.000,00

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	380221002	LA VICTORIA	$ 10.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	RENAULD LOGAN	$ 25.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO CAJA SOCIAL	LIBRE INVERSION	$ 14.120.000,00
compensar	libre inversion	$ 20.000.000,00

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

ICETEX	ESTUDIO	$ 6.000.000,00

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
JENNY ESPERANZA BELTRAN	C.C ⊗ C.E ○ T.I. ○	20888011

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

OSCAR RAMIREZ

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 13-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre el

Colegio Distrital "Tomás Rueda Vargas"

Autorizado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.,
según Resolución No. 7529 del 20 de Noviembre de 1.998
Resolución Aclaratoria No. 3638 del 11 de Octubre de 2000

Confiere el Título de

Bachiller Tecnológico

Modalidad: Industrial

Opción: Mecánica Industrial y Fundición

A:

Oscar Javier Ramírez

T.I. No. 830423-01186 de Santafé de Bogotá, D.C.

Quien cursó y aprobó los estudios correspondientes al nivel de Educación Básica Secundaria y Media, según los planes y programas vigentes para el Cendizob

Rector

Secretaria

Registro Interno

Acta No. 037 Folio No. 26

Este Diploma no requiere ser registrado en la Secretaría de Educación de conformidad con el Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1.994.

Dado en Bogotá, D.C a 25de Noviembre de 2000

Kimmy-258 45 36

Acta de Grado

Colegio Distrital
"Tomás Rueda Vargas"

Carrera 5ª Este No. 25-51 Sur - Tel. 206 09 10

Jornada Mañana

Inscripción S.E. : 2939

Dane: 111001-32283

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 25 días del mes de Noviembre de 2000 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del Colegio Distrital "Tomás Rueda Vargas" ,Institución aprobada hasta Nueva Visita, en el nivel de Educación Media y Autorizada por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller en la modalidad Ciencias , Tecnológico o Artes según Resolución No. 7529 del 20 de Noviembre de 1998 y Resolución Aclaratoria No. 3658 del 11 de Octubre de 2000.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media se procedió a otorgar el Título de Bachiller TECNOLOGICO MODALIDAD INDUSTRIAL Opción Mecánica Industrial y Fundición al graduando cuyos Nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Oscar Javier Ramirez

T.I. No. 83042?-01186 de Santafé de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 037 de fecha 25 de Noviembre de 2000 que consta de 92 alumnos graduados, comienza con el nombre de Arévalo Bayona Deisy Nahidu y se cierra con el nombre de Ocampo Astudillo Jhonnathan

Firmada y sellada por Pablo Enrique Robayo Muñoz Rector y Fanny Espinosa Porras Secretaria

Dada en Bogotá D.C. , a los 25 días del mes de Noviembre de 2000

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981. No Requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994

Rector

Secretaria

República de Colombia

Universidad de La Sabana

considerando que, conforme a las disposiciones legales vigentes

Oscar Javier Ramirez

C.C.Nº 80.119.043

cursó y aprobó los estudios y cumplió los demás requisitos académicos exigidos por la Universidad, le confiere el título de

Enfermero

Dado en el Campus Universitario de Chía, a los 14 días del mes de Septiembre de 2009.

Rector

Rectoría

Decano

Secretario General

Secretaría General

Personería jurídica otorgada por la resolución 130 de Enero 14 de 1980, Ministerio de Educación Nacional.

Anotado al folio 424 del libro de registro No. 6 a los 14 días del mes de Septiembre de 2009.

Universidad de La Sabana

Personería Jurídica otorgada por la Resolución 130 de Enero 14 de 1980 del Ministerio de Educación Nacional

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

El suscrito Secretario General de la Universidad de La Sabana

Certifica que en el Acta No. 1297 del libro de Actas de Grado de la Universidad consta que en el Campus Universitario del Puente del Común, municipio de Chía, el día 14 del mes de SEPTIEMBRE del año 2009 se realizó la ceremonia de grado de estudiantes de la Universidad de La Sabana en la cual OSCAR JAVIER RAMIREZ con Cédula de Ciudadanía No.80119043, por haber cursado y aprobado los estudios y haber cumplido los requisitos legales conjuntamente con los contemplados en los Reglamentos de la Universidad recibió el título de ENFERMERO otorgado por La Universidad de la Sabana con el diploma No 33954.

La Universidad está autorizada para conferir este título por Resolución del Ministerio de Educación Nacional No.4228 del 4 de julio de 2008.

El presidente de la ceremonia, previo el juramento de rigor por parte del graduando, le hizo entrega del citado diploma.

Para constancia se firmó dicha Acta por parte del Rector, los Decanos de las Facultades que en ella intervinieron y el Secretario General asi:
El Rector OBDULIO VELÁSQUEZ POSADA

El Decano de la Facultad de ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
MARÍA ELISA MORENO FERGUSSON

El Secretario General
JAIME MARTÍNEZ BALLESTEROS

Se expide la presente Acta en el Campus Universitario del Puente del Común, Municipio de Chía (Colombia), a los catorce (14) días del mes de SEPTIEMBRE de dos mil nueve (2009).

JAIME MARTINEZ BALLESTEROS
Secretario General

Secretaria General

XV

ENCUENTRO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE ENFERMERIA

(Asociación Colombiana de Estudiantes de Enfermería A.C.E.E.)

¿Cuál es el Espacio de Enfermería en Colombia?
Identidad, Empoderamiento y Liderazgo.

La Asociación Colombiana de Estudiantes de Enfermería ACEE

Certifica que:

Oscar Javier Ramirez

Asistió como:

Organizador

en el XV Encuentro Nacional de Estudiantes de Enfermería que se realizó entre el 13 y 16 de Agosto de 2004 en Bogotá.

Para constancia se firma a los 16 días del mes de Agosto de 2004

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA Sede Bogotá

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Universidad de La Sabana

Universidad de La Sabana
Facultad de Enfermería - Educación Continua

Fundación Cardio_Infantil - Instituto de Cardiología
Departamento de Enfermería

Certifica Que

Oscar Javier Ramírez

Cursó y Aprobó satisfactoriamente en el ***Diplomado en Urgencias***
Con una intensidad de 120 horas

Chía, Campus Universitario Puente del Común, 6 de agosto de 2008

Beatriz Pérez Giraldo
Coordinadora de Educación Continua

María Mercedes Peláez
Jefe Departamento de Enfermería

DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
Secretaría de Salud

DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
CERTIFICA QUE:

Oscar Javier Ramirez

Participó en el " ***Curso Básico de Vacunación*** " realizado en Arbeláez los días 23, 24 y 25 de Marzo de 2011. Con una Intensidad de 24 horas.

En constancia se firma en la ciudad de Arbeláez el día 25 de Marzo de 2011.

Yolanda Clavijo

YOLANDA CLAVIJO VANEGAS
Coordinadora Programa PAI

JOSÉ FERNANDO SÁNCHEZ
Director Salud Pública

CUNDINAMARCA
corazón de Colombia

Universidad de La Sabana

La Facultad de Enfermería y Rehabilitación de La Universidad de La Sabana certifica que:

Oscar Javier Ramírez

Asistió en calidad de Participante al VI Seminario Internacional:
"GESTIÓN Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA: UN RETO PARA AFRONTAR LAS DEMANDAS ACTUALES Y FUTURAS DEL CUIDADO"

Chía, Campus Universitario Puente del Común
Marzo 15 y 16 de 2007

María Elisa Moreno Fergusson
Decana
Facultad de Enfermería y Rehabilitación

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Certifica Que

Ramírez Oscar Javier

Participo

I Encuentro Académico y Artístico Nacional
"Actualizaciones y Avances en Enfermería"

Con una duración de 12 horas

Chía., 5 al 7 de Mayo de 2005

María Clara Quintero Laverde
Decana

Yolanda González de Acuña
Directora de Estudiantes

Edwin Roberto González
Estudiante Coordinador

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Certifica Que

OSCAR JAVIER RAMIREZ

Ha participado en el II Seminario Internacional

"Avances de la Aplicación de Teorías de Enfermería en la Práctica y la Investigación en Latinoamérica y el Caribe"

Chía, Cámpus Universitario Puente del Común, 25 y 26 de Octubre de 2004

María Clara Quintero L.
Decana

María Elisa Moreno F.
Directora de Programa

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OSCAR JAVIER RAMIREZ

Con Cedula de Ciudadania No. 80.119.043

Cursó y aprobó la acción de Formación

ACCIONES BASICAS PARA LA ATENCION DE UNA PERSONA CON AFECTACION DE LA SALUD

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Espinal, a los veintiun (21) días del mes de marzo de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
JORGE ENRIQUE SUAREZ CARTAGENA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JORGE ENRIQUE SUAREZ CARTAGENA
SUDDIRECTOR
CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA
REGIONAL TOLIMA

41823885 - 21/03/2017
FECHA REGISTRO

utenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el núm

Bogotá D.C

Señores:

Universidad de la Sabana

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Oscar Javier Ramirez 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 OSCAR RAMIREZ

No. de documento: 80119043 BTA.

Tarjeta profesional No: 28513

Dirección de contacto: Kra 7 Este N° 36i 34 Sur

Teléfono: 3112257385

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E

LA DIRECTORA DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

HACE CONSTAR QUE:

De acuerdo con la información que reposa en la oficina de contratación – OPS, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, el señor **OSCAR JAVIER RAMIREZ**, Identificado con CC. N° 1.030.644.913, Presta sus servicios en la USS La Victoria, mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación.

Nº CONTRATO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	VALOR C-TO
837/15	01/03/2015	30/06/2015	$ 7.695.600
PS-1814-2017	10/01/2017	31/07/2017	$ 17.596.800

OBJETO
PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE PROFESIONAL EN ENFERMERÍA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

OBLIGACIONES ESPECIFICAS
1. Ejecutar procedimientos y cuidados a los pacientes que por su estado crítico así lo requieran. 2. Realizar plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades identificadas. 3. Verificar medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten. 4. Administrar y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas del servicio utilizando técnicas asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad. 5. Supervisar las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros mediante supervisión directa e indirecta, observando realización de procedimientos y revisando registros de enfermería. 6. Realizar actualización del Kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio en el tratamiento del paciente. 7. Administrar medicamentos oportunamente, de acuerdo con las técnicas de asepsia y antisepsia, normas de bioseguridad, y a los correctos para la administración de medicamentos, reportar a médico tratante y coordinadores la no existencia de medicamentos para reajuste de tratamiento. 8. Controlar los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio. 9. Realizar las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por pacientes antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite. 10. Realizar los pedidos de elementos e insumos para su respectivo servicio necesarios para los pacientes, tramitando ante el área que los provee, en el formato correspondiente y en las fechas establecidas. 11. Participar en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según el caso. 12. Revisar diariamente que los venoequipos, drenajes, buretroles y demás elementos invasivos del paciente que manejen según protocolo y se lleven los registros correspondientes correctamente. 13. Realizar la asignación de los pacientes a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio. 14. Participar activamente en el sistema de vigilancia epidemiológica mediante la notificación oportuna de informes de los casos o posibles brotes infecciosos para toma de conductas que prevengan la presencia o proliferación. de infecciones en los servicios. 15. Supervise las actividades de procedimientos en su servicio y aplique medidas correctivas que garanticen la calidad del servicio. 16. Responder por los inventarios conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio. 17. Realizar la asignación oportuna de camas para los pacientes que lo requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama. 18. Participar en el recibo y entrega de turno de forma cumplida, oportuna, reportando las novedades presentadas por cada paciente asignado y novedades en equipos e insumos del servicio. 19. Asistir a las reuniones de grupo funcional y capacitaciones programadas por la institución. 20. Tramitar de forma oportuna exámenes de laboratorio, de radiología, exámenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a cargo. 21. Dar cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de Historia Clínica establecido en la institución. 22. Dar cumplimiento a guías y protocolos establecidos por la institución.

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C el día 19 de mayo de 2017

esimed

NIT 800.215.908-8

ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A. (ESIMED S.A.)
NIT. 800.215.908-8

CERTIFICA:

Que de acuerdo con los registros del aplicativo de Nómina KACTUS; el (la) Sr (a). **OSCAR JAVIER RAMIREZ** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **80.119.043**, laboró en esta entidad desde el día **1 de julio de 2011** al **17 de mayo de 2017** desempeñando el cargo de **ENFERMERO JEFE**, con contrato a término **INDEFINIDO**.

Para constancia, se expide la presente certificación al 22 de mayo de 2017.

La información de la presente certificación puede ser confirmada telefónicamente en nuestra línea 7957155 Ext 6519 - 6520.

Cordialmente,

LIZBETH JOHANNA CARDOZO R.
Subdirectora Nacional de Talento Humano

CUNDINAMARCA

Elaboro: Christian Montero – Auxiliar de Nomina
CC: Historia Laboral

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 80119043

RAMIREZ

APELLIDOS

OSCAR JAVIER

NOMBRES

OSCAR RAMIREZ

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-ABR-1983**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72	**A+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

26-JUN-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-1500104-42095401-M-0080119043-20011119 **06326**01318A 01 111917492

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14390993179

(415)7707212489984(8020) 000001439099317 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
8 0 1 1 9 0 4 3	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 iliquida 2	Cédula de ciudadania 1 3	8 0 1 1 9 0 4 3	2 0 0 1 0 6 2 6

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
RAMIREZ		OSCAR	JAVIER

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

CARRERA 7 O 36 I 34 SUR

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
oscarjr72@hotmail.com		3 6 2 5 6 3 9	3 1 1 2 2 5 7 3 8 5

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 0 9 0 3 3 1							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	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
53. Código:																										

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código:										
	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 6 0 9 2 8

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:

OSCAR RAMIREZ

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: ESCOBAR MONTOYA CAROLINA

985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTA D.C.

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 80119043-0 OSCAR JAVIER RAMIREZ

Información General

Dirección KR 7 O 36 I 34 SUR

Teléfonos 3625639-3112257385

Dirección electrónica oscarjr72@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 17/04/2015

Soporte Inscripción 16634229

Fecha Inicio Actividades 17/04/2015

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: 16001198471

Fuente ICA TE TOCA

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

80119043

RAMIREZ

OSCAR JAVIER

- PERTENECE AL EJÉRCITO DE:

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC. 2013	31 - DIC. 2013	31 - DIC. 20

PROFESION BACHILLER

FECHA EXPEDICION 27-SEP-2001



REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C
TARJETA PROFESIONAL DE ENFERMERA(O)



REGISTRADO

NOMBRE OSCAR JAVIER RAMIREZ

C.C. 80.119.043 BOGOTA

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

RUN No. 28513
REGISTRO UNICO NACIONAL DE ENFERMERA(O)

EXPEDIDO 08/JUL/2011

FECHA DE ACTUALIZACION DATOS 08/JUL/2021

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

OSCAR JAVIER

RAMIREZ

C.C. 80119043

ENFERMERO(A)

Expedicion 17/09/2013

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Resolución No 7346 de 20/08/2002

Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) RAMIREZ OSCAR JAVIER Identificado(a) con CC número 80119043 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL CENTRO DE PREVENCION Y EDUCACION PREDESALUD el día 13/07/2002 y registrado en el libro XX Folio XX año XX

Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a RAMIREZ OSCAR JAVIER identificado(a) con CC número 80119043 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional.

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

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C. a los 20/08/2002

JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO
Director de Desarrollo de Servicios
vrs

Bogotá, D.C 26/08/2002
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) OSCAR JAVIER RAMIREZ
CC. # 80'119.043
Res # 7346 fecha: 20/08/2002
Firma OSCAR RAMIREZ

No. 28745

REPUBLICA DE COLOMBIA
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
A N E C

RESOLUCION No 28513 de JULIO 08 DE 2011
Por la cual se expide el Registro Único Profesional de Enfermería

La Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, en uso de las facultades que le confiere el Capitulo V, articulos 13,14 y 15 de la Ley 266 de 1996.

CONSIDERANDO

A) Que, OSCAR JAVIER RAMIREZ Identificada(o) con la cédula de ciudadanía No 80.119.043, expedida en BOGOTA, ha solicitado a esta Asociación se le expida su Registro Único Nacional para ejercer la profesión de enfermería en Colombia y su Inscripción como Enfermera(o) Registrada(o).

B) La (El) peticionaria (o) presentó: fotocopia de la cédula de ciudadanía, original del recibo de pago de los derechos de la expedición del Registro y Tarjeta Profesional, fotocopia del título otorgado por la UNIVERSIDAD DE LA SABANA de CHIA , expedido el 14 del mes SEPTIEMBRE de 2009, con lo cual se reúnen los requisitos legales para otorgarle el Registro Unico Nacional.

C) LA ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA ANEC, en uso de las atribuciones que le concede la Ley 266 de 1996, en especial el artículo 14, de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada, según acta número 440 del 08 de JULIO de 2.011.

RESUELVE

Artículo Único. Reconocer como en efecto se hace con el presente acto, la calidad de Enfermera(o) a OSCAR JAVIER RAMIREZ, al tenor de los artículos 13 y 14 de la Ley 266 de 1996, otorgar el Registro como Profesional de Enfermería No 28513, su Inscripción en el libro correspondiente y expedir la Tarjeta Profesional que acredita la calidad de la Enfermera (o).

Parágrafo: La documentación aportada por el solicitante, en el caso de no ser consistente con la realidad, el Registro y la Tarjeta aquí promulgados, serán anulados oficiosamente, sin perjuicio de las acciones judiciales pertinentes.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE

Dada en la oficina de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC, a los 08 días del mes de JULIO de 2011 en Bogotá, D.C.

BEATRIZ CARVALLO SUAREZ
Registradora Nacional ANEC

E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO Arbeláez

EL GERENTE DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO" DE ARBELAEZ

C E R T I F I C A:

Que el Profesional ***OSCAR JAVIER RAMIREZ,*** *identificado con Cédula de Ciudadanía No. 80.119.043 de Bogotá, prestó sus servicios como* ***PROFESIONAL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO (ENFERMERIA),*** *Código 217 en la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Arbeláez, con desplazamiento a los Centros y Puestos de Salud de: Cabrera, San Bernardo, Pandi y Venecia adscritos, durante el tiempo comprendido entre el doce (12) de agosto de 2010 al once (11) de febrero de 2011.*

Que trabajó en cumplimiento del Servicio Social Obligatorio de Enfermeria , exigido por la Ley 52 de 1964, durante el tiempo comprendido entre el doce (12) de agosto de 2010 al once (11) de febrero de 2011, en la Empresa Social del Estado Hospital San Antonio de Arbeláez, con desplazamiento a los Centros y Puestos de salud de: Cabrera, San Bernardo, Pandi y Venecia adscritos, habiendo cumplido con los Programas y Requisitos que le fueron encomendados por la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

Que el cargo y localidad antes anotados son válidos para el cumplimiento del Servicio Social Obligatorio de Enfermeria de acuerdo al número de Orden 300-E, según Libro 07 del 4 de enero de 2009, emanada de la Secretaria de Salud de Cundinamarca.

Que en consecuencia el Profesional ***OSCAR JAVIER RAMIREZ ,*** *cumplió con los requisitos del Rural de Enfermeria, durante el período comprendido entre el doce (12) de agosto de 2010 al once (11) de febrero de 2011.*

Dada en Arbeláez, a los veinticinco (25) días del mes de marzo de dos mil once (2011).

PEDRO JORGE TAUTIVA CINTURIA
GERENTE

Elaboró: Luz Stella Parra
Aux Administrativo

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 *: 80119043

Primer Nombre *: OSCAR

Primer Apellido *: RAMIREZ

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-13→7:09:42 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	80119043	OSCAR	JAVIER	RAMIREZ		Ver

Información Detallada [CC: 80119043] OSCAR JAVIER RAMIREZ

2018-12-13→7:09:42 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Enfermería	0001/1/01	ASOCIACION NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA - ANEC

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).

HACE CONSTAR QUE:

El enfermero **OSCAR JAVIER RAMÍREZ** identificado con la cédula de ciudadanía número 80.119.043, 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 catorce (14) días del mes de diciembre del año dos mil dieciocho (2018).

Cordialmente,

EUGENIA SANTAMARÍA MUÑOZ
Abogada Secretaria

UNIDAD MEDICA PROVITAL
CARNET VACUNACION
HEPATITIS B

NOMBRE Oscar Javier Ramirez

1 Dosis 290601 **Aplico**

2 Dosis 29-07-01 **Aplico**

3 Dosis 30-08-01 **Aplico**

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B	1	23 NOV 2017	HEPAVAX L. 1434003-01 V. 2020-01-05	IPS VACUNAR COLOMBIA SAS NIT: 900.394.707-3
	2			
	3			
	R			
HEPATITIS A+B	1			
	2			
	3			
HEPATITIS A	1			
	2			

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	LOTE No.	FIRMA
VARICELA	1			
	2			
INFLUENZA	1			
TOXOIDE TETANICO DIFTERICO TD	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
F. AMARILLA	1			

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicacion	LOTE No.	FIRMA
DPT ACELULAR	1			
NEUMOCOCO	1			
MENINGOCOCO	1			
ANTIRRÁBICA	1			
	2			
	3			
F.TIFOIDEA	1			
T.VIRAL	1			
	2			

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Centro Especializado de Vacunación

Nº 05009

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

NIT. 900.394.707-3 • Cod. del Prestador 110012180401

NOMBRE: Oscar Ramirez

IDENTIFICACIÓN: 80119043

TELÉFONO: 3112257385 F.N.: 23-04-88

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

Tel.: (01) 804 1005 - 408 2180 - Cel.: 310 674 8224 - 320 420 1713

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

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000026867

Régimen : COMUN

Nit. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 23/11/2017 09:10:21

PREOCUPACIONAL O INGRESO ✓ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: OSCAR JAVIER RAMIREZ **C.C** 80119043

EDAD 34 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** ENFERMERO JEFE



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	✓	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ✓
Visiometria	☐	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Audiometria	☐	Cuales	
Espirometria	☐	Radiografias	

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el dia de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

APTO PARA EL CARGO ✓ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

CONTROL EPS- USO EPP- PAUSAS ACTIVAS

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

OSCAR RAMIREZ

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biometrica

Dr. JHON A. PEREZ
Médico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional
Lic. S.O 7344-14 U.M.B.

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000026867

Régimen : COMUN

Salud Ocupacional

it. 900.148264-9 Código del Prestador S.D.S. 110011738901

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR FECHA 23/11/2017 09:10:21

PREOCUPACIONAL O INGRESO ✓ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: OSCAR JAVIER RAMIREZ C.C 80119043

EDAD 34 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** ENFERMERO JEFE



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	✓	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ✓
Visiometría	☐	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐	Otros ☐
Audiometría	☐	Cuales	
Espirometría	☐	Radiografías	

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

APTO PARA EL CARGO ✓ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

CONTROL EPS- USO EPP- PAUSAS ACTIVAS

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐ Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

OSCAR RAMIREZ

FIRMA DEL PACIENTE



Captura Biometrica

Dr. JHON A. PEREZ
Médico Cirujano
Esp. Salud Ocupacional
Lic. S.O 7344-14 U.M.B.

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

OSCAR JAVIER RAMIREZ

C.C.: 80119043

Asistió a la capacitación en:

Atención Integral en Salud de Victimas de Violencia Sexual

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Junio de 2017

Martha Yolanda Ruiz Valdés
Gerente
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

José Alfredo Morales Diaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente 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, SEGÚN 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° 2340

CERTIFICA A:

OSCAR JAVIER RAMIREZ

C.C 80.119.043

Asistió y aprobó el Curso de Soporte Vital Avanzado
con una intensidad de 48 horas
Otorgado en Bogotá D.C. a [illegible] días de Enero del 2018

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

Dr. Camilo Rey Perez
Medico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
R.M. 14858

Héctor M. Chala
Gerente

Dr. Camilo Rey Perez
RM 14858
Medico Cirujano -Instructor

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

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

OSCAR JAVIER RAMIREZ

Con Cedula de Ciudadania No. 80.119.043

Cursó y aprobó la acción de Formación

SOPORTE VITAL BASICO

con una duración de 20 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Fusagasugá, a los dieciocho (18) días del mes de diciembre de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
JIMMY GONZALO MALDONADO NOVOA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JIMMY GONZALO MALDONADO NOVOA
SUBDIRECTOR DE CENTRO
CENTRO AGROECOLOGICO Y EMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

48624064 - 18/12/2017
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el núme
9510001557003CC80119043C.

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: 13 Dic 2018 CIUDAD: Bogota DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distinguido 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 [X] SERVIDOR PUBLICO [ ] OTRO [ ] CUAL: —

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Ramirez		Oscar	Javier

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. [X] C.E. [ ] R.C. [ ] NUIP [ ]	80119043	26 Junio 2001 - Bogotá.	26 Junio 2001
PASAPORTE [ ] OTRO [ ]		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI [X] NO [ ]	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
23 Dic 1983	Bogota	Colombia.	Colombiano

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) [ ] CASADO(A) [ ] DIVORCIADO(A) [ ] UNION LIBRE [X] VIUDO(A) [ ]	2	2	3112257380

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA	PROFESION / OFICIO
MAGISTER [ ] POSGRADO [ ] UNIVERSITARIO [X] BACHILLER [ ] PRIMARIA [ ] TECNICO [ ] TECNOLOGO [ ] CUAL: Enfermero	Enfermero

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Kra 7 Este N° 36i-34 Sur	Bogota	Cundinamarca	Colombia	3625634

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA
oscarjr72@hotmail.com	—	PROPIA [ ] FAMILIAR [X] ARRENDADA [ ]

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Beltran	Gutierrez	Jenny	Esperanza

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. [X] C.E. [ ] R.C. [ ] NUIP [ ]	20888011.	San Bdo	01/OCT/1998
PASAPORTE [ ] OTRO [ ] CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI [X] NO [ ]	NACIONALIDAD: Colombiano

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO [ ] ESTUDIANTE [ ] HOGAR [ ] PENSIONADO [ ]
SOCIO [ ] CONTRATISTA [X] COMERCIANTE [ ] EMPLEADO PUBLICO [ ]
PROFESIONAL INDEPENDIENTE [ ] EMPLEADO SOCIO [ ] OTRA [ ]
CUAL: —

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE	DECLARA RENTA	IVA	ICA	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
	SI [X] NO [ ]	SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	8692 — PRINCIPAL: [X] SECUNDARIA: [ ]

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

FUNCIONARIO PUBLICO:	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [X]	Subred Centro Oriente.

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Dg 34N° 5-43	3444484	Bogota	Cundinamarca	Colombia

CARGO ACTUAL: Enfermero Jefe — FECHA VINCULACION: 23 enero 2017

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

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

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

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	2.400.000	GASTOS FAMILIARES	700.000	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
HONORARIOS	—	ARRIENDOS	—	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CRÉDITO	—
ARRENDIOS	—	CUOTA VEHICULO	600.000	VEHICULOS	25.000.000	DEUDA VEHICULOS	15.000.000
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	—
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	—	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
TOTAL INGRESOS	2400.000	TOTAL EGRESOS	1300.000	TOTAL ACTIVOS	25.000.000	TOTAL PASIVOS	15000.000
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar, ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser diferente a Jefe Inmediato o Talento Humano)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Baron		Martha	Silva
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
Kra 7 Este N° 36i – 34 Sur	Bogotá.	Amiga	3112996022

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco Bogotá.	Cuenta de Ahorro	380221002.	Carrera 10D	3620000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL: —

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

Quien suscribe la presente solicitud, obrando en nombre propio, de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la **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 Jefe.

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 lícitas.
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 últimos tres meses + declaración de renta si es declarante.

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio (Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentren 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 comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

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

AUTORIZACION

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

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de 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 negociacion 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) Envio de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del 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 personas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, 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, y/o 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 biometricos. 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,*(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)*.

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

NOTA: Se desea ampliar esta infonnación 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

Oscar Ramirez

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Famisanar

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) OSCAR JAVIER RAMIREZ identificado(a) con CC 80119043 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**12/09/2010**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO RESTREPO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 13 días del mes de diciembre del año 2018.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **OSCAR JAVIER RAMIREZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **80,119,043**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

80119043.			Positiva
Numero de Documento			ARL
Oscar	Javier	Ramirez	
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
23/04/1983	Bogota	Kra 7 Este N° 36i - 34 Sur.	3625639.
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
Famisanar	Porvenir	$ 2900.000	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
Enfermero Jefe.			
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
OscarJr72@hotmail.com		3112257382	
Correo Electrónico		Celular	

OSCAR RAMIREZ
Firma del Afliado

Sandra León
Enfermera Jefe
C.C. 52 [illegible] 289

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119197556

WEB
19:38:16

Bogotá DC, 13 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) OSCAR JAVIER RAMIREZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80119043:

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 jueves 13 de diciembre de 2018, a las 19:40:30, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	80119043
Código de Verificación	801190431812131940 30

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. 2611150

Bogotá D.C., 13 de Diciembre de 2018 - 19:39 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: **OCHENTA MILLONES CIENTO DIECINUEVE MIL CUARENTA Y TRES**

80119043

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_LNJ3_3919
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 19:41:03 horas del 13/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **80119043**

Apellidos y Nombres: **RAMIREZ OSCAR JAVIER**

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.

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que RAMIREZ,OSCAR JAVIER, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 80.119.043 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 380221002, abierta/o desde el 30/06/2011, con saldo a la fecha de: $ 6.052.818

Se expide en Bogota el día 27 del mes de Noviembre del año 2017 con destino a: USS LA VICTORIA

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO