Mis datos de usuario

Noticias SECOP

Mis registros

Accesos del usuario

Términos y condiciones de uso

Nuevo registro

Estado de las solicitudes de registro

NIT	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
79697620	ALEJANDRO MEJIA GOMEZ	11/15/2017 12:17:52 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	11/15/2017 12:17:52 PM *((UTC-05:00) Bogota, 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: 03-ene-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MEJIA	GOMEZ	ALEJANDRO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 79697620

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 79697620 D.M 55

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA: DIA 2 MES NOV AÑO 1973

PAÍS: Colombia

DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: calle39a sur No 3a-13

PAÍS: Colombia DEPTO: Bogotá D.C.

CIUDAD: Bogotá D.C. TELEFONO: 3142127853

EMAIL: alejomgomez73@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO: bachiller academico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. X	MES: DICIEMBRE AÑO: 1994

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES	TEMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
TC	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	1998	79697620

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: 03-ene-2019

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACION DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: famicare	*PÚBLICA*:	*PRIVADA*: X	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: wwwfamicare@clinicardia.com	
TELÉFONOS: 7660666	*FECHA DE INGRESO*: DIA 24 MES 10 AÑO 2012	*FECHA DE RETIRO*: DIA 20 MES 5 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO: auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA*: urgencias	*DIRECCIÓN*: carrera 1 No 135 14	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Hospital Meissen ese	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: www.atencionusuariohospitalmeissen@.gov.co	
TELÉFONOS: 7909951	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 9 AÑO 1999	*FECHA DE RETIRO*: DIA 5 MES 12 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO: auxiliar de enfermeria de ambulancia	*DEPENDENCIA*: urgencias	*DIRECCIÓN*: calle 60 sur 18 k 13	

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	14	3
PRIVADO	2	6
PARTICULAR	0	0
TOTAL	*16	9

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).

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: 03-ene-2019

Bogota 03 de Ene 2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Alejandro Mejia

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUI 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: 03-ene-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ALEJANDRO MEJIA GOMEZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 79697620 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección calle39a sur No 3a-13 **Teléfonos** 3142127853 3142127853

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
PAULA ANDREA MEJIA	10224943117	HIJO(A)
DAYANA ALEJANDRA MEJIA	1007414911	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	$ 13.800.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 13.800.000,00

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
DAVIVIENDA	AHORROS	004870188762	TUNAL	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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: 03-ene-2019

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
ANDREA LILIANA TORRES	C.C ⓧ C.E ◯ T.I. ◯	52275129

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

Alejandro Mejía.

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 03-ene-2019

CIUDAD Y FECHA

CENTRO VOCACIONAL DE SALUD
AUXILIARES DE ENFERMERIA
Acuerdo 005 Julio/94 Minsalud. - Res. No. 1998 Julio/95 Secretaria de Educación

EL CONSEJO DE DIRECCION DEL CENTRO VOCACIONAL DE SALUD PROGRAMA DE AUXILIARES DE ENFERMERIA EN SU SESION DEL DIA 26 DE NOVIEMBRE DE 1998 ACTA Nº 11 CONSIDERANDO QUE :

Alejandro Mejía Gómez

C.C. 79'697.620 de Bogotá

Cumplió satisfactoriamente todos los requisitos exigidos por el reglamento tanto teóricos como prácticos, le confiere en nombre de la República de Colombia y por autorización de la Secretaria de Educación no Formal el Certificado Técnico Laboral de:

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Y Le Hizo Entrega el Día 6 del Mes de Diciembre de 1998

En testimonio de lo anterior se firma la presente acta de certificación en la ciudad de Santa fe de Bogotá a los 6 días del mes Diciembre 1998

Lic. TERESA LILIA DE HERNANDEZ
Directora

SYLVIA STELLA MERINO C.
Secretaria

La República de Colombia

Centro Vocacional de Salud

Programa de Auxiliares de Enfermería

Aprobado por la Secretaría de Educación no Formal, según Resolución No. 1998 de Julio de 1.995 y Acuerdo No. 06 de Julio de 1994 del Ministerio de Salud.

Confiere a:

Alejandro Mejía Gómez

C.C. 79'697.620 de Bogotá

Certificado Técnico Laboral de

Auxiliar de Enfermería

Intensidad Horaria Total: 1.840 horas

Directora del Centro

Secretaría

Dado en Santafé de Bogotá, D.C. a [illegible] de [illegible] de 19[illegible]

Acta de Grado COLEGIO DISTRITAL LUIS LOPEZ DE MESA

Diagonal 32 A Sur Nº 14A-97 Tel. 2092368
JORNADA MAÑANA

Inscripción S. E.
DANE: 11100136769

En la ciudad de Santafé de Bogotá, D. C. a los DOS (2) día (s) del mes de DICIEMBRE de 1.9 94 se reunieron, con el fin de formalizar la graduacion de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del COLEGIO DISTRITAL LUIS LOPEZ DE MESA Institución aprobada hasta Nueva Visita, en el Nivel de Educación Media Vocacional y Autorizada por El Ministerio de Educación Nacional para otorgar el título de BACHILLER en la modalidad ACADEMICA según Resolucion No. 13053 del 17 de Octubre de 1986.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional se procedio a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADEMICO al graduando cuyos nombres apellidos y Numero del documento de identidad se relacionan a continuación:

NOMBRE ALEJANDRO MEJIA GOMEZ
C.C. o T. I. No. 79697620 de BOGOTA

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 09 de fecha DICIEMBRE 2 DE 1994 que consta de _____ alumnos graduados, comienza con el nombre de CARMEN ELISA ALVARADO MORALES y se cierra con el nombre de NUVIA JANNETH YAYA SOGAMOSO.

Firmada y Sellada por: DAVID GOMEZ CAMARGO Rector y _____ Secretaria

Dada en Santafé de Bogotá, D. C. a los 2 días del mes de DICIEMBRE de 1.9 94

En constancia se firma la presente, por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Articulo 7o. del *Decreto 180 de 1.981*

Rectora
C. C. No.

SECRETARIA DE EDUCACION
Secretaria
C. C. No.

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

El Colegio Distrital Luis López de Mesa

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN RESOLUCION No. 13053 DEL 17 DE OCTUBRE DE 1.986

CONFIERE A

Alejandro Mejía Gómez

IDENTIFICADO(A) CON C.C. No. 79'697.620 DE Bogotá

EL TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

POR HABER CURSADO Y APROBADO LOS ESTUDIOS CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE EDUCACION MEDIA VOCACIONAL, SEGUN LOS PLANES Y PROGRAMAS VIGENTES.

RECTOR

SECRETARIO

REGISTRO INTERNO

ACTA No. 9 FOLIO No. 2

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

DADO EN SANTAFE DE BOGOTA D. C., A 2 DE Diciembre DE 1.994

REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CERTIFICA QUE

ALEJANDRO MEJIA GOMEZ

CC.79.697.620

APROBO LA FORMACION ESPECIFICA

AUXILIAR DE ENFERMERIA EN CUIDADOS INTENSIVOS

DURACION **280** HORAS

JAIRO ENRIQUE RIZO MEJIA
JEFE DE CENTRO

Bogota D. C., 18 de Diciembre de 2002
CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICION

SERVICIOS A LA SALUD
CENTRO DE FORMACION

SGC2002CC00391 18/12/2002
No. Y FECHA DE REGISTRO

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

Certifica que

Alejandro Mejía Gómez

79.697.620

Aprobó el Curso:

Promoción y Prevención en Salud

Intensidad horaria de ocho (8) horas
Validez de dos (2) años

Bogotá – Colombia, 11 de Junio de 2013

"El presente certificado no confiere titulo de idoneidad para laborar en actividades relacionadas con la salud"

Waldetrudes Aguirre Ramírez
Directora Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

CRUE

BOGOTÁ HUCRNR

SECRETARIA DE SALUD

BOGOTÁ PARA VIVIR todos del mismo lado

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS

Secretaría SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

PROGRAMA ATENCION PREHOSPITALARIA
Sistema de Emergencias Médicas

CERTIFICA QUE

ALEJANDRO MEJIA
C.C. No. 79.697.620

Aprobó el Curso Prier Respondiente Avanzado del Programa de Atención Prehospitalaria realizado en el Centro Regulador de Urgencias, con una intensidad de 8 horas. Febrero 01 de 2002.

Dr. José Fernando Cardona Uribe
Secretaria de Salud de Bogotá

Dr. Jorge Humberto Blanco Restrepo
Jefe Dirección de Desarrollo de Servicios

Dr. Gabriel Dario Paredes Z.
Jefe Unidad Administrativa
Centro Regulador de Urgencias

Dr. Alexander Paz Velilla
Coordinador Área Educativa y Capacitación

Secretaría
SALUD

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD
AREA DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

La suscrita Jefe del Area de Vigilancia y Control de la Oferta

Hace constar que:

ALEJANDRO MEJIA GOMEZ
C.C. 79697620

En calidad de
AUXILIAR DE ENFERMERIA
HOSPITAL DE MEISSEN E.S.E.

Asistió a la Capacitación sobre
"MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y MATERIAL REUTILIZABLE EN AMBULANCIAS"

MARTES 3 DE FEBRERO DE 2004
Intensidad horaria cuatro (4) horas

RUTH EUGENIA GARCIA

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

Certifica que

Alejandro Mejía Gómez

79.697.620

Aprobó el Curso Taller:

Primer Respondiente para Personal Salud

Intensidad horaria de ocho (8) horas
Validez de dos (2) años

Bogotá – Colombia, 19 de Junio de 2013

"El presente certificado no confiere titulo de idoneidad para laborar en actividades relacionadas con la salud"

Waldetrudes Aguirre Ramírez
Directora Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

CRUE

BOGOTÁ HUMANA

SECRETARIA DE SALUD

Bogotá, D.C

Señores

Centro Vocacional de Salud.

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EN LA QUE OBTUVO EL TÍTULO QUE SOPORTA EL CARGO ACTUAL)

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

Yo Alejandro Mejía Gómez, 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 – UNIDAD CENTRO ORIENTE**, sobre la idoneidad de mi título académico como:

Tecnico Laboral Auxiliar de Enfermeria

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma: Alejandro Mejía Gómez

No. de documento: 79697620

Tarjeta profesional No.: 79697620

Dirección de contacto: Cll 39A 3A-13

Teléfono: 3142127853

LA SUSCRITA SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL MEISSEN II NIVEL E.S.E.

CERTIFICA QUE:

Revisados los archivos de la Institución, (e)la señor(a) **ALEJANDRO MEJIA GOMEZ**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **79,697,620 expedida en Bogotá**, suscribió contrato de arrendamiento de servicios personales de carácter privado, desarrollando actividades de **AUXILIAR DE ENFERMERIA APH**, con los siguientes

EJECUCION	VALOR
Del 04 al 31 de octubre de 1999	$ 870.000
Del 1 al 30 de noviembre de 1999	$ 870.000
Del 01 al 30 de septiembre de 2000	$ 870.000
Del 01 al 31 de Octubre de 2000	$ 870.000
Del 01 al 20 de Noviembre de 2000	$ 580.000
Del 21 de noviembre de 2000 al 01 de enero de 2001	$ 1.160.000
Del 02 al 31 de Enero de 2001	$ 870.000
Del 01 de febrero al 30 de abril de 2001	$ 2.610.000
Del 1 de Mayo al 30 de Junio de 2001	$ 1.740.000
Del 01 de julio al 31 de agosto de 2001	$ 1.740.000
Del 01 al 30 de Septiembre de 2001	$ 870.000
Del 01 al 31 de Octubre de 2001	$ 870.000
Del 01 de noviembre al 15 de diciembre de 2001	$ 870.000
Del 16 de Diciembre de 2001 al 02 de enero de 2002	$ 696.000
Del 03 de enero al 28 de febrero de 2002	$ 1.914.000
Del 01 de marzo de 30 de abril de 2002	$ 1.740.000
Del 01 al 31 de mayo de 2002	$ 870.000
Del 01 de junio al 31 de agosto de 2002	$ 2.610.000
Del 01 de septiembre al 07 de octubre de 2002	$ 870.000
Del 08 de octubre de 2002 al 01 de enero de 2003	$ 1.624.000
Del 02 de enero al 31 de marzo de 2003	$ 3.306.000
Del 01 de abril al 30 de junio de 2003	$ 2.610.000
Del 01 de julio al 09 de octubre de 2003	$ 2.175.000
Del 10 de octubre de 2003 al 02 de enero de 2004	$ 1.885.000
Del 02 de enero al 31 de marzo de 2004	$ 3.517.700
Del 01 de abril al 30 de junio de 2004	$ 2.792.900
Del 01 de julio al 15 de octubre de 2004	$ 1.861.800
Del 16 de octubre al 30 de diciembre de 2004	$ 2.668.580
Del 03 de enero al 31 de marzo de 2005	$ 3.382.270
Del 01 de abril al 30 de junio de 2005	$ 2.792.700
Del 01 de julio de 2004 al 01 de enero de 2006	$ 4.375.230
Del 02 de enero al 31 de marzo de 2006	$ 3.413.300
Del 01 de abril al 312 de julio de 2006	$ 3.909.780
Del 01 de agosto de 2006 al 01 de enero de 2007	$ 3.974.945
Del 02 de enero al 30 de marzo de 2007	$ 3.538.351
Del 01 de abril al 30 de junio de 2007	$ 3.049.629
Del 01 de julio al 30 de septiembre de 2007	$ 1.016.543

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C. a los diecisêis (16) días del mes de agosto de 2007.

MARLENE SIERRA PEREZ
Subdirectora Administrativa
Cod. 743

Bogotá sin indiferencia

famicare
CLINICA DIA

FAMICARE CLINICA DIA SAS
NIT 830.122.608-2

CERTIFICA QUE

El señor(a) **ALEJANDRO MEJIA GOMEZ** identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79697620 de Bogotá, estuvo vinculado con nuestra Institución mediante la modalidad de contrato de obra labor como **AUXILIAR DE ENFERMERIA,** a partir 24 de octubre del 2012 hasta el 20 de mayo 2015.

Este certificado se expide a solicitud de la parte interesada.

Bogotá D.C, 22 mayo de 2015

Atentamente.

famicare CLINICA DIA NIT. 830.122.608-2 SUBGERENTE

CAROLINA BUSTAMANTE GOMEZ
Subgerente General

famicare

DIANA RIAÑO GARCIA
Recursos Humanos

Carrera 16 No. 80 - 25
PBX: 746 1630 - Telefax: 236 0288
Bogotá, D. C., Colombia
www.famicareclinicadia.com

LA SUSCRITA SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL MEISSEN II NIVEL E.S.E.

CERTIFICA QUE:

Revisados los archivos de la Institución, (e)la señor(a) **ALEJANDRO MEJIA GOMEZ**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **79,697,620 expedida en Bogotá**, suscribió contrato de arrendamiento de servicios personales de carácter privado, desarrollando actividades de **AUXILIAR DE ENFERMERIA APH**, con los siguientes

EJECUCION	VALOR
Del 04 al 31 de octubre de 1999	$ 870.000
Del 1 al 30 de noviembre de 1999	$ 870.000
Del 01 al 30 de septiembre de 2000	$ 870.000
Del 01 al 31 de Octubre de 2000	$ 870.000
Del 01 al 20 de Noviembre de 2000	$ 580.000
Del 21 de noviembre de 2000 al 01 de enero de 2001	$ 1.160.000
Del 02 al 31 de Enero de 2001	$ 870.000
Del 01 de febrero al 30 de abril de 2001	$ 2.610.000
Del 1 de Mayo al 30 de Junio de 2001	$ 1.740.000
Del 01 de julio al 31 de agosto de 2001	$ 1.740.000
Del 01 al 30 de Septiembre de 2001	$ 870.000
Del 01 al 31 de Octubre de 2001	$ 870.000
Del 01 de noviembre al 15 de diciembre de 2001	$ 870.000
Del 16 de Diciembre de 2001 al 02 de enero de 2002	$ 696.000
Del 03 de enero al 28 de febrero de 2002	$ 1.914.000
Del 01 de marzo de 30 de abril de 2002	$ 1.740.000
Del 01 al 31 de mayo de 2002	$ 870.000
Del 01 de junio al 31 de agosto de 2002	$ 2.610.000
Del 01 de septiembre al 07 de octubre de 2002	$ 870.000
Del 08 de octubre de 2002 al 01 de enero de 2003	$ 1.624.000
Del 02 de enero al 31 de marzo de 2003	$ 3.306.000
Del 01 de abril al 30 de junio de 2003	$ 2.610.000
Del 01 de julio al 09 de octubre de 2003	$ 2.175.000
Del 10 de octubre de 2003 al 02 de enero de 2004	$ 1.885.000
Del 02 de enero al 31 de marzo de 2004	$ 3.517.700
Del 01 de abril al 30 de junio de 2004	$ 2.792.900
Del 01 de julio al 15 de octubre de 2004	$ 1.861.800
Del 16 de octubre al 30 de diciembre de 2004	$ 2.668.580
Del 03 de enero al 31 de marzo de 2005	$ 3.382.270
Del 01 de abril al 30 de junio de 2005	$ 2.792.700
Del 01 de julio de 2004 al 01 de enero de 2006	$ 4.375.230
Del 02 de enero al 31 de marzo de 2006	$ 3.413.300
Del 01 de abril al 312 de julio de 2006	$ 3.909.780
Del 01 de agosto de 2006 al 01 de enero de 2007	$ 3.974.945
Del 02 de enero al 30 de marzo de 2007	$ 3.538.351
Del 01 de abril al 30 de junio de 2007	$ 3.049.629
Del 01 de julio al 30 de septiembre de 2007	$ 1.016.543

Se expide la presente a solicitud del interesado en Bogotá D.C. a los diecisêis (16) días del mes de agosto de 2007.

MARLENE SIERRA PEREZ
Subdirectora Administrativa
Cod. 782

Bogotá sin indiferencia

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.697.620

MEJIA GOMEZ

APELLIDOS

ALEJANDRO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-NOV-1973

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 O+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

31-MAR-1992 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00129969-M-0079697620-20081119 0006452288A 2 1310026767

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14348403186

(415)7707212489984(8020) 000001434840318 6

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

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
MEJIA	GOMEZ	ALEJANDRO	

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 39 SUR 3 A 13

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
alejomgomez73@hotmail.com		3 6 2 5 8 6 4	3 1 4 2 1 2 7 8 5 3

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 2 0 9 2 4	4 7 5 2	2 0 1 2 0 9 2 4			1 3 1 4	1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 5 0 8 2 6

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 MEJIA GOMEZ ALEJANDRO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 26-08-2015
Hora: 10:56:27 AM

CONTRIBUYENTE NIT 79697620-5 ALEJANDRO MEJIA GOMEZ

Información General

Dirección CL 39 SUR 3 A 13

Teléfonos 3625864-3142127853

Dirección electrónica ALEJOMGOMEZ73@HOTMAIL.COM

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 24/09/2012

Soporte Inscripción 14602376

Fecha Inicio Actividades 24/09/2012

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: 47522-COMERCIO AL POR MENOR DE ARTICULOS DE FERRETERIA, PINTURAS Y PRODUCTOS DE VIDRIO EN ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO MATERIALES DE

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 15000077423

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ HUMANA

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

79697620

PERTENECE AL EJERCITO DE

1A. LINEA 13 31-DIC

2A. LINEA 13 31-DIC

3A. LINEA 13 31-DIC

APELLIDOS Y NOMBRES

MEJIA GOMEZ

ALEJANDRO

UM GMORIN ESP MIL FUSILERO

PROFESION EMPLEADO





FIRMA

SALUD

CERTIFICADO DE
INSCRIPCION
EXP 0763182

NEJIA GOMEZ
ALEJANDRO
CC 79637628

FIRMA AUTORIZADA

Resolución No 7159 *de* 18 DIC.

Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá

Por la cual se refrenda un CERTIFICADO para el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA 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) MEJIA GOMEZ ALEJANDRO Identificado(a) con CC número 79697620 expedida en BOGOTA D.E solicitó ante esta Secretaría la refrendación de su CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por EL CENTRO VOCACIONAL DE SALUD el día 06/12/1998 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: Refrendar el CERTIFICADO que autoriza a MEJIA GOMEZ ALEJANDRO identificado(a) con CC número 79697620 expedida en BOGOTA D.E 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 18 DIC. 1998

Original Firmado

MARIA PAZ AZULA GRANADA
Directora de Desarrollo de Servicios de Salud

Víctor S.

Santa Fé de Bogotá, D. C. 06-01-99
en la fecha notifiqué personalmente
al señor (a) Alejandro Mejia Gomez
identificado con la c. c. 79697620
La resolución No. 7159 de 18 Dic 1998
quien enterado del contenido firma
como aparece

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 *

79697620

Primer Nombre *

ALEJANDRO

Primer Apellido *

MEJIA

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2019-01-03→8:08:18 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	79697620	ALEJANDRO		MEJIA	GOMEZ	Ver

Información Detallada [CC: 79697620] ALEJANDRO MEJIA GOMEZ

2019-01-03→8:08:18 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	1998/12/18	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

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).

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	Agosto 20-2008	U.P.A. MARICHUELA	
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	Junio 15-2007	Laura Ruiz	
	2	Julio 20-2007	Laura Ruiz	
	3	Enero 16 2008	marcela G.	

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla	Septiembre 12 2009	U.P.A. MARICHUELA		
	Abril 27-04-2015	Angelica Parada		
Contra Influenza	Abril 17-2009	U.P.A. MARICHUELA		
	Abril 10-04-2015	Angelica Parada		
Otras				

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1	Septiembre 15 2015		Angelica Parada
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	Junio 15 2015		Laura Ruiz
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla		Mayo 12 2015		Paola Bernal
Contra Influenza		Julio 27 2015		Paola Bernal
Otras				

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Alejandro
Apellidos: Mejía Gomez
Documento de Identidad: CC [X] TI [ ] PASA PORTE [ ] No. 79697620
Fecha de Nacimiento: Día: 02 Mes: 11 Año: 1973

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

Consérvelo

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

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO

Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

TODOS LOS DÍAS SON DÍAS DE VACUNACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Alejandro
Apellidos: Mejía Gomez
Documento de identidad: C.C. [X] T.I. [ ] Pasaporte [ ] No. 79697620
Fecha de Nacimiento: Día. 02 Mes. 11 Año. 1973

Dr. Jhoyner Alberto Jimenez Filigrana

Medico y Cirjuano
Especialista en Salud Ocupacional
Universidad LIBRE / UNIMINUTO

RESOLUCION 2346/ 2007

CONCEPTO DE APTITUD - RESOLUCIÓN 2346 / 2007

1. TIPO DE EXAMEN PERIODICO

2. FECHA DEL EXAMEN 26/07/2016 **CIUDAD** BOGOTA

3. INFORMACIÓN GENERAL

Apellidos y Nombres: ALEJANDRO MEJIA GOMEZ

Documento de Identificación: C.C. X T.I. C.E. Número 79697620

4. CONCEPTO DE APTITUD EMITIDO EN: BOGOTA D.C.

4.0 PARA EL OFICIO AUXILAR DE ENFERMERIA **PROYECTO** HOSPITAL LA VICTORIA

APTO	Apto con Recomendaciones	Apto con Restricciones	Aplazado
X			

4.2 Conceptos Trabajos en Altura	APTO Sin restricciones		Restringido Trabajo Alturas		No aplica	X
4.2 Conceptos Espacios Confinados	APTO Sin restricciones		Restringido Trabajo Esp C.		No aplica	X
4.3 Concepto Sustancias Químicas	APTO Sin restricciones		Restringido Trabajo S Q		No aplica	X
4.3 Concepto Conducción de Vehículo	APTO Sin restricciones		Restringido para conducir		No aplica	X

INTERPRETACIÓN CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

APTO: Trabajador puede realizar todas las tareas del cargo, sin condición especial.
APTO CON RECOMENDACIONES: Trabajador puede desempeñar todas las tareas del cargo, pero por presentar una condición de salud, debe cumplir una(s) recomendación(es)
APTO CON RESTRICCIONES: El Trabajador es Apto para el oficio, sin embargo, por presentar una condición de salud no puede desempeñar alguna(s) tarea(s) que hacen parte del oficio. Esta restricción puede ser temporal o definitiva.

5. RECOMENDACIONES Remisión a EPS (IPS)? SI NO X

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE CARGAS EN RELACION CON SU LABOR, CAPACITACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE

El Trabajador debe acudir a control con Medicina Preventiva máximo el día: CONTROL PYP ACORDE A LA EDAD EN EPS

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información brindada por él, en respuesta a las preguntas formuladas por el médico, es cierta." .

El Trabajador autoriza al Dr. Jhoyner Alberto Jimenez Filigrana con cedula 94063424 de Cali, a la custodia y a brindar información a otras Entidades de Salud relacionada con su Historia Clínica, en caso de ser necesario por evento de salud que llegase él a presentar

A su vez, con su firma, el trabajador da constancia que el médico le explicó y entendió las recomendaciones emanadas de esta valoración médica y se compromete a su cumplimiento.

Jhoyner Alberto Jimenez Filigrana
Nombre del Médico

Jhoyner A. Jiménez
Médico y Cirujano
Esp. medicina Laboral
LSST 13487-15

Firma del Médico

Cédula : 94063424
Registro Médico : 850421
Licencia S. O. : 13487/15 SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTÁ

ALEJANDRO MEJIA GOMEZ
Nombre del trabajador

Firma del trabajador

Cédula 79697620

Fecha

EMPRESA COLOMBIANA DE CAPACITACION H.S.E.C.

Certificado

ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

Certifica que **ALEJANDRO MEJIA GOMEZ** con CC: **79.697.620** asistió, participo y aprobó en el curso de atención integral en salud para victimas de violencia sexual dictado en SOACHA, Cundinamarca el día **12 Y 13 de DICIEMBRE de 2017** con una intensidad horaria de 40 horas

Dado a los 19 días del mes de diciembre del 2017

Juan Eresto Martínez
MEDICO

Olga Yaneth Usaquén Ramírez
Psicóloga

Servicios y Asesorías
PROTEC Vida
Humanización y protección de vida
Nit 900851684-8

AM79626112017

Certifica que:

ALEJANDRO MEJIA GOMEZ

Identificado (a) con documento No.

C.C. 79.697.620 de Bogotá

Asistió y aprobó el curso

SOPORTE VITAL BÁSICO
Y
SOPORTE VITAL AVANZADO

Con una intensidad horaria de 48 HORAS

Guias - guias de lectura, del 18 de Noviembre al 26 de Noviembre Taller Practico Realizado el dia 26 de Noviembre de 2017 curso

que sigue los lineamientos establecidos por la ley 115 de 1994, Art. 42, 90, decreto 2888 del 31 de julio de 2007 en su pagina 9 Art 38 y la Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 acreditando 48 horas de educación continua e informal con una validez de 2 años

Lo anterior se firma en Bogotá DC, el Dia 26 del mes de Noviembre de 2017.

Javier Mauricio Peña Bonilla
Gerente General

Edgar Humberto Vasquez
Medico Instructor soporte vital
Basico y avanzado

Móvil (57+1) 3102725525 - whatsapp 311 5029207 Email: protecvidasas@gmail.com Bogotá D.C. / 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
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:	04-01-19	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca

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

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

PROVEEDOR	PARTICULAR	CONTRATISTA OPS	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	X	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Mejia	Gomez	Alejandro			

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. X	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	79697620	Bogota	31 Mayo 1992
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐	NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
02-11-1973	Bogota	Colombiano	Colombiano

ESTADO CIVIL				PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) VIUDO(A) ☐	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	UNION LIBRE X	2	2	3142127853

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Cll 39A #3A-13	Bogota	Cundinamarca	Colombia	3462017

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
alejomgomez730@Hotmail.com		PROPIA X	FAMILIAR ☐	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Torres	Perez	Andrea	Liliana

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C.	C.E. X	R.C. ☐	NUIP ☐	52275129	Bogota	02-02-1995
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI X	NO ☐ ☐	NACIONALIDAD:

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

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL:	8692
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA..... ☐		

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☑	SI ☐ NO ☒	

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA: GOBIERNO ☐ SERVICIOS ☑ SALUD ☐ # NIT

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐
OTRA ☐ CUAL:

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Sub Red Centro Oriente.	3444484	Bogota	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Auxiliar de Enfermeria	**FECHA VINCULACION**		

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	1600.000.	GASTOS FAMILIARES	1000.000.	AHORROS	—	SALDO HIPOTECA	—
HONORARIOS	—	ARRIENDOS		INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	—
ARRIENDOS	—	CUOTA VEHICULO		VEHICULOS	—	DEUDA VEHICULOS	—
COMISIONES	—	CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	—
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
TOTAL INGRESOS	1600.000	TOTAL EGRESOS	1000.000.	TOTAL ACTIVOS	—	TOTAL PASIVOS	—

DESCRIPCION OTROS INGRESOS	DESCRIPCION OTROS EGRESOS	DESCRIPCION OTROS ACTIVOS	DESCRIPCION OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Castellanos	Cardoso	Diana	Alejandra
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Cra 71 B bis # 12-30	Bogota	Amiga	3212643476

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Davivienda	Ahorro		Final	3383838

☑

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

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

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

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 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:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) 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.

2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades 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 exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.

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

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo 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 onsecuencia, 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.

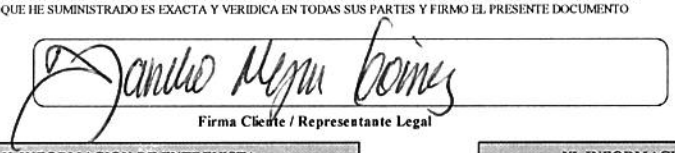
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. 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 información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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



Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2019

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79697620
NOMBRES Y APELLIDOS	Mejia Gomez,Alejandro
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/09/2015
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Mejia Gomez,Alejandro , a los 03 días del mes de enero del año 2019.

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

Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

Colpensiones

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ALEJANDRO MEJIA GOMEZ** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **79697620,** se encuentra afiliado (a) desde **09/11/1988** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado de Salida	10	CITI COLFONDOS	20/04/1995	Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en el RAI
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/11/2010	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de enero de 2019.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

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

79697620			Positiva
Numero de Documento			ARL
Alejandro		Mejia	Gomez
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
02 Noviembre 1973	Bogota	Cll 39A 3A-13 Sur	031 3462017
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
Sanitas	Colpensiones	$	
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios	
Auxiliar de Enfermeria			
Objeto Contractual (Cargo)		Fecha Inicio del Contrato	
alejomgomez273@Hotmail.com		3142127853	
Correo Electrónico		Celular	

Alejandro Mejia Gomez
Firma del Afiliado

Luz Giselle Linares Luz Giselle
Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 52'023 897 Bta

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 120010548

WEB
20:01:09

Bogotá DC, 03 de enero del 2019

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ALEJANDRO MEJIA GOMEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79697620:

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 REPUBLICA

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 03 de enero de 2019, a las 20:00:06, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	79697620
Código de Verificación	79697620190103200006

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2652592

Bogotá D.C., 3 de Enero de 2019 - 19:59 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **ALEJANDRO MEJIA GOMEZ**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **SETENTA Y NUEVE MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS VEINTE** de BOGOTA D.C

79697620

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmín 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: 1_HJ73S_5819
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 15:07:57 horas del 03/01/2019, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **79697620**

Apellidos y Nombres: **MEJIA GOMEZ ALEJANDRO**

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.

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2017/11/23

Por medio de la presente hacemos constar que el señor ALEJANDRO MEJIA GOMEZ
con Cédula de Ciudadanía número 79697620
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número	004870188762
Fecha Apertura	2002/09/30

Cordialmente,

DAVIVIENDA
0084 - OFICINA VEINTE DE JULIO

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA