

- **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 correpondiente estado.

Número de documento	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
79578226	ALEXANDER RODRIGUEZ CANO	17/11/2017 03:52:49 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	17/11/2017 03:52:49 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: 16-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
RODRIGUEZ	CANO	ALEXANDER

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 79578226

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 79578226 D.M 55

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 12 MES MAY AÑO 1971

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle43sur537este

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3108005948

EMAIL socorristadel71@yahoo.es

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* Bachiller Academico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 1989
										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*
TC	1	X		TECNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	12	1999	

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: 16-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: sub red centro oriente	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: atencionalusuario@subredcentrooriente.com	
TELÉFONOS: 4844484	*FECHA DE INGRESO*: DIA 4 MES 8 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: auxiliar de enfermeria	*DEPENDENCIA*: UCI	*DIRECCIÓN*: DG 39 SUR N 3-20	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL LA VICTORIA	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: www.esevictoria@gov.co	
TELÉFONOS: 3726610	*FECHA DE INGRESO*: DIA 15 MES 11 AÑO 2014	*FECHA DE RETIRO*: DIA 17 MES 4 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA*: UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO	*DIRECCIÓN*: DIAGONAL39SUR NUMERO 3 20	

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	4	1
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	4	1

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: 16-dic-2018

Bogota 16 de Dic 2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Alexander Rodriguez

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: 16-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ALEXANDER RODRIGUEZ CANO

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 79578226 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección calle43sur537este **Teléfonos** 3108005948 3108005948

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
FLOR MARINA CANO	41497302	MADRE
CRISTIAN CAMILO RODRIGUEZ GUERRERO	1000353720	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	$ 16.500.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 16.500.000,00

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
bogota	AHORROS	102605250	la victoria	$ 5.000,00

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: 16-dic-2018

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: SI (X) NO ( ) tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
BEATRIZ GUERRERO	C.C (X) C.E ( ) T.I. ( )	52063892

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

Alexander Rodriguez

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 16-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

Y EN SU NOMBRE

El Colegio Parroquial Adveniat

JORNADA NOCTURNA

AUTORIZADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL, SEGUN RESOLUCION No. 11826 DEL 11 DE SEPTIEMBRE DE 1.987

CONFIERE A

Alexander Rodriguez Cano

IDENTIFICADO(A) CON C. C. No. 79'578.226 DE Bogota, D. E.

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

BOGOTA, D. E., 1 DE diciembre DE 19 89

ANOTADO AL FOLIO 14 5 DEL LIBRO DE REGISTRO No. 2

SECRETARIO DE EDUCACION

Acta de Grado

Inscripción S. E. 1796
DANE 311001-05503

COLEGIO PARROQUIAL ADVENIAT

Calle 39-A Sur No. 5-25 Este - Tels. 206 75 35 - 207 94 31
JORNADA NOCTURNA

En la ciudad de Bogotá, D. E., a los PRIMERO (1o.) día(s) del mes de DICIEMBRE de 1.989 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 PARROQUIAL ADVENIAT 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 Resolución No. 11826 del 11 de Septiembre de 1.987.

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

NOMBRE **ALEXANDER RODRÍGUEZ CANO**

C.C. ó T .I. No. 79.578.226 de BOGOTA

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 003 de fecha 1 DICIEMBRE 1989 que consta de 51 alumnos graduados, comienza con el nombre de BERMUDEZ PIÑEROS SANTIAGO DE JESUS y se cierra con el nombre de VELASCO GORDILLO JUAN CARLOS.

Firmada y Sellada por: LUIS ENRIQUE VALENCIA CUELLAR PBRO. (Rector) y LUCY ANGELICA MOLINA LIZCANO (Secretaria).

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

Dada en Bogotá, D. E., a los 16 días del mes de ENERO de 1.990

COLEGIO PARROQUIAL ADVENIAT RECTORIA Bogotá D.E.

Luis Enrique Valencia Cuéllar
Rector
C. C. No. 2.936.860 de Bogotá

COLEGIO PARROQUIAL ADVENIAT SECRETARIA Bogotá D.E.

Lucy Angélica Molina Lizcano
Secretaria
C. C. No. 51.819.581 de Bogotá

Ministerio de Salud y en su nombre

El Instituto de Educación no Formal

Escuela de Salud "San Pedro Claver"

Avalada por el Ministerio de Salud según Acuerdo No. 04 Noviembre 30 de 1.993. y No. 28 de Septiembre 3 de 1.998 y Resolución No. 1535 del 14 de Abril de 1.994 de la Secretaría de Educación del Distrito Capital

Teniendo en cuenta que

Alexander Rodríguez Cano

Identificado con la C. C. No. 79.578.226 de Santa Fe de Bogotá, D.C.

Ha terminado satisfactoriamente los estudios en la especialidad de

Técnico en Auxiliar de Enfermería

Le confiere el presente

Certificado de Aptitud Ocupacional

Rector (a)

Secretario (a)

Dado en Santafé de Bogotá a 17 de Diciembre de 1999

"SAN PEDRO CLAVER"

APROBACION OFICIAL
ACUERDO Nº 004 DEL 30 DE NOV. DE 1993
ACUERDO Nº 028 DEL 03 DE SEP. DE 1998
RESOLUCION Nº 1535 DEL 14 DE ABRIL DE 1994

FOLIO : 11

Inscripción S.E.D. : 1535 de 1994

Inscipción M.S.N. : 04 DE 1993
Inscipción M.S.N. : 28 DE 1998

ACTA INDIVIDUAL DE GRADUACION

En la ciudad de Santa Fe de Bogotá a los diecisiete 17 días del mes de Diciembre del año 1999 se reunieron, con el fin de formalizar la terminación de estudios de los alumnos de AUXILIAR DE ENFERMERÍA, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de la ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER", Institución aprobada por el MINISTERIO DE SALUD mediante Acuerdo Ejecutivo 004 de noviembre 30 de 1993, y Acuerdo Ejecutivo 028 del 3 de septiembre de 1998 y por la Secretaría de Educación del Distrito, según Resolución Nº 1535 de Abril 14 de 1994 y autorizada para otorgar CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL. Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la modalidad de TECNICO AUXILIAR EN ENFERMERIA, se procedió a otorgar EL CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL, al egresado cuyo nombre, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación :

NOMBRES Y APELLIDOS	C.C. O T.I.	LUGAR DE EXPEDICION
ALEXANDER RODRIGUEZ CANO	79.578.226	Santa Fe de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General Nº 03 de fecha Diciembre 17 de 1999 que comienza con el nombre de CLAUDIA PATRICIA ACOSTA MORENO y se cierra con el nombre de MARTHA RUBY VIZCAYA RAMOS.

Firmado y sellado por OVIDIO LOPEZ ROBAYO. (Rector) y

LUZ ANGELA MERCHAN BENAVIDES (Secretaria).

Dada en Santa Fe de Bogotá, D.C., a los Diecisiete (17) días del mes de Diciembre de 1999.-

ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER" RECTORIA

El Rector

C.C.Nº 17'324.744 de Vicio.-

ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER" SECRETARIA

La Secretaria

C.C. Nº 35'464.906 de Usaquen.-

gotá D.C

ñores:

Escuela salud San pedro Chaver

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

F, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Tecnico Auxiliar en Farmacia

(Nombre del Título Obtenido)

rdialmente;

ma

de documento: 79578226

jeta profesional No: 79578226

ección de contacto: calle 43 sur # 5-37 E

éfono: 3108005948

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.578.226

RODRIGUEZ CANO

APELLIDOS

ALEXANDER

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **12-MAY-1971**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

13-OCT-1989 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00268598-M-0079578226-20101201 0025061238A 1 35145444

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14322382957

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 7 9 5 7 8 2 2 6 — 6 (6. DV)

12. Dirección seccional (Impuestos de Bogotá): 3 2

14. Buzón electrónico:

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 5 7 8 2 2 6	1 9 8 9 1 0 1 3

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
RODRIGUEZ	CANO	ALEXANDER	

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 43 SUR 5 37 ESTE BRR LA GLORIA

42. Correo electrónico	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
socorrislocel71@yahoo.es		2 0 7 0 4 6 1	3 2 0 8 0 1 5 7 0 2

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 2 8	8 2 9 9	2 0 0 9 0 3 2 8					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

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 4 1 2 1 1

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: BARROS SANCHEZ ANGY VIVIANA
985. Cargo: Punto de Contacto Potencial

Fecha generación documento PDF: 11-12-2014 04:51:59PM

DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 30-11-2016
Hora: 7:56:14 AM

CONTRIBUYENTE NIT 79578226-6 ALEXANDER RODRIGUEZ CANO

Información General

Dirección CL 43 SUR 5 37 ESTE

Teléfonos 2070461 -3208015702

Dirección electrónica socorristadel71@yahoo.es

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 28/03/2009

Soporte Inscripción 12141332

Fecha Inicio Actividades 28/03/2009

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: 8299-OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS N.C.P.

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001411096

Fuente ICA TE TOCA

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Primera Clase

79578226

PERTENECE AL EJERCITO DE:

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31-DIC01	31-DIC11	31-DIC21

APELLIDOS Y NOMBRES

RODRIGUEZ CANO
ALEXANDER

UM CASUR ESP. MIL FUSILERO

PROFESION ESTUDIANTE



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

No. XXX

31-01-2000

RODRIGUEZ C

ALEXANDER

CC 79578225 L.J.D.

AUXILIAR DE ENFERMERIA

3L

Secretaría
SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE SANTA FE DE BOGOTÁ

Resolución No 0258 *de* JAN. 24 2000

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.

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) RODRIGUEZ CANO ALEXANDER identificado(a) con CC número 79578226 expedida en SANTAFE DE BTA solicitó ante esta Secretaría la refrendación de su CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERÍA otorgado por LA ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER el día 17/12/1999 y registrado en el libro 02 Folio 11 año 1999

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 RODRIGUEZ CANO ALEXANDER identificado(a) con CC número 79578226 expedida en SANTAFE DE BTA 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 JAN 24 2000

CARLOS ROBERTO GARZON BECERRA
Director de Desarrollo de Servicios de Salud (E)

HECTOR S.

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 *

79578226

Primer Nombre *

ALEXANDER

Primer Apellido *

RODRIGUEZ

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2018-12-16→10:10:13 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	79578226	ALEXANDER		RODRIGUEZ	CANO	Ver

Información Detallada [CC: 79578226] ALEXANDER RODRIGUEZ CANO

2018-12-16→10:10:13 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2000/1/24	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 e Salud (ReTHUS).

Orden No:	**8278411**	Fecha de ingreso:	27-Aug-2018 7:37 am
Paciente:	**RODRIGUEZ CANO ALEXANDER**	Fecha de impresion:	01/10/2018
Documento Id:	CC 79578226	Edad:	47 Años 3 meses 15 dias Sex
E.P.S:	HOS-USAQUEN	Telefono:	2073738
Sede:	ORQUIDEA	Cama:	
Servicio:	CONSULTA EXTERNA.	Procedencia:	

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia

ANEXOS

LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN

90304211

Nombre.	**RODRIGUEZ CANO ALEXANDER**			Fecha de recepcion:	03-sep-2018 4:08 pm
Identificacion	CC 79578226	Tel.	3208015702	Fecha de impresion:	17-sep-2018 3:21 pm
Edad	47 Años 0 Meses 0 Dias	Sexo	M	Empresa	ANALISIS TECNICOS LTDA
Medico	MEDICOS VARIOS			Sede	REFERENCIA
No. Ordenamiento	8278411			Fecha Validacion	03-sep-2018 8:09:00p.m.

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: Ac. CONTRA Ag DE SUPERFICIE	MAYOR DE 1000	mUI/ml	
Metodo: Quimioluminiscencia			

V. de Referencia:
No Reactivo: Menor de 9 mUI/ml
Indeterminado: De 9 a 11 mUI/ml
Reactivo: Mayor de 11 mUI/ml

DRA ELIANA OJEDA DIAZ IBAÑEZ
REG.2°.062.197
BACTERIOLOGA

Evolucionamos como la vida

B. C. G. Contra Tuberculosis.

POLIO Contra Poliomielitis

(Parálisis Infantil)

D. P. T. Contra Difteria, Tosferina

y Tétanos.

T. D. Contra Tétanos y Difteria.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

PROTEJA A SUS HIJOS

VACUNANDOLOS

OPORTUNAMENTE

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

ORGANISMO: U.B.A N°1

REGISTRO INDIVIDUAL DE VACUNAC

Nombre del Vacunado:
Alexander Rodriguez

Doc. Identidad: 79.398.626

Fecha de Nacimiento:
12-05-1971

FORMA-E-72 S

TIPO DE BIOLOGICO	DOSIS							OBSERVACIONES
	1a. o' Unica	2a		3a		Refuerzo		
	Fecha Vacuna	FECHA		FECHA		FECHA		
		Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	Cita	Vacuna	
B. C. G.		X	X	X	X			Hosp. B
SARAMPION		X	X	X	X			1ª Dosis → 4 Feb. 75
FIEBRE AMARILLA		X	X	X	X	X	X	2ª Dosis → 18 Mar. 75
POLIO								3ª Dosis → 10 Sept. 75
D. P. T.								
T. D.				X	X			
OTRA								
OTRA								SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE BOGOTA D. E. CENTRO DE SALUD No. 1 ESTA Del 8 Feb. 75

GOMEZ ASOCIADOS
SALUD OCUPACIONAL S.A.S.

Calle 95 N° 10-41 - 13 La Castella
Tel: (1) 257 22 1 - 257 2915
Fax: 616 5031 Bogota, D.C.
www.gomezasociadosltda.com

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Ciudad Bogota Fecha 21/11/2017
Nombre Alexander Rodriguez Cano
Identificación 79578226
Fecha de nacimiento 12/Mayo/1991
Cargo Auxiliar de enfermería Edad 27
Genero MASCULINO X FEMENINO
Empresa Sabed Centro Oriente
Empresa usuaria

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO X PERIODICO EGRESO OTRO

CONCEPTO

EX. INGRESO APTO X APTO APLAZADO APTO CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO
EXAMEN PERIÓDICO SIN RESTRICCIONES CON RESTRICCIONES
EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO NO SATISFACTORIO

ESTADO INTEGRAL DE SALUD

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL Examen osteomuscular Satisfactorio
AUDIOMETRIA
OPTOMETRIA
ESPIROMETRIA
OTROS EXAMENES PARACLINICOS
OBSERVACIONES RECOMENDACIONES Ningun postura, Pausas Activas Cada Hora, Sin Ningun Esfuerzo Fisico y Manejo de peso

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

Paciente
79578226
Alexander Rodriguez Cano
79578226

Tarjeta Profesional No. 119283
R.M. 14858

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:

ALEXANDER RODRIGUEZ CANO

79578226

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 Noviembre de 2016

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.

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

LABORATORIO CLINICO, TOXICOLOGIA Y SERVICIO TRANSFUSIONAL

Hace constar que:

ALEXANDER RODRIGUEZ CANO

C.C.79578226

Participo en la capacitación-taller en:

TOMA DE MUESTRA

Que incluyo las siguientes actividades: normatividad, técnica toma de muestra sanguínea, microbiológica y servicio transfusional, contenedor, orden de llenado y cantidad, marcación de muestras, diligenciamiento orden, causas de no aceptación de muestras, puntos de control en la toma de muestra.

Intensidad dos (2) horas|

Esta certificación se firma a los 14 (catorce) días del mes de agosto de 2018.

NUBIA INES VARELA MORATO
Referente laboratorio clínico
Toxicología y servicio transfusional

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

FUMEFI SAS
APH Y GESTION DE RIESGO
900.806.660-6

FUMEFI SAS

CORPORACIÓN TÉCNICA
EMPRESARIAL PARA EL TRABAJO
NIT: 900790014

No. 261

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

HACE CONSTAR QUE:

ALEXANDER RODRIGUEZ CANO

C.C.79.578.226

Asistió y aprobó el curso de Soporte Vital Básico (BLS)
con una intensidad de 40 horas
Otorgado en Bogotá a los 08 días del mes de Febrero del 2017

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

Héctor M. Chala
Gerente

Secretaría Distrital 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: 16-12-18 | CIUDAD: Bogotá | 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	SERVIDOR PUBLICO	OTRO	CUAL:
☐	☐	☒	☐	☐	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Rodriguez	Cano	Alexander	

TIPO DE IDENTIFICACION	No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☒ C.E ☐ R.C ☐ NUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐	79578221	Bogotá	1989 10 13

ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
12 05 18	Bogotá	colombia	colombiano

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDO(A) ☐	02	02	310 8005948

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
calle 93 sur # B-37 E	Bogotá	cundinamarca	colombia	310 8005948

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
alexrodriguez3197@hotmail.com	—	PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

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

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Guarrero	castellanos	Beatriz	

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☒ C.E ☐ R.C ☐ NUIP ☐ PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL:	52063892	Bogotá	1990 12 07

ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐ NACIONALIDAD: Colombiana

3. INFORMACION ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	subred integrada centro oriente

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☒	NIT	900959051-7

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLOGIA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL:

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Diagonal 39 # 3-20 E	3725610	Bogotá	cundinamarca	colombia

CARGO ACTUAL	FECHA VINCULACION
Auxiliar enfermería	10-15-2013

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACION FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIO	—	GASTOS FAMILIARES	$ 1'000.000	AHORROS	—	PAGO HIPOTECA	—
HONORARIOS	2'.526.000	ARRIENDOS	—	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	—
ARRIENDOS	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS	—	DEUDA VEHICULOS	—
DIVIDENDOS	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	—
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	—	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
TOTAL INGRESOS	2'.526.000	TOTAL EGRESOS	1'.000.000	TOTAL ACTIVOS	—	TOTAL PASIVOS	—

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar si vive con el Cliente o Cotizante y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
castrillon	Diaz	Andrea	del pilar
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y /O EXTENSION/CELULAR**
Diag 23 sur # 6-32 E	Bogota cundinamarca colombia	amiga	3176825252

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco Bogota	cuenta Ahorros	102605250	Av Calle primera	3300000

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":

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

Auxiliar enfermeria

- 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).
- 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.
- Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE no destinaran a actividades ilícitas.
- Informare inmediatamente cualquier circunstancia que modifique mi presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
- Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) 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.
- 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.
Pensionados/Certificado de pensión o desprendible 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

- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Consecutarios)
- Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
- Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital
- Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
- Fotocopia Declaración de Renta del último período gravable declarado (si esta obligado a declarar)
- Estados Financieros del último período disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)
- *PODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.*

NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, licencias, legados, donaciones, etc.)

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

CONSIDERACIONES

- *Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son exigidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud, y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.*
- *Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidas 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.*
- *Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.*
- *Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón 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 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 le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , 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 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 couno 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, así 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 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 suriafi@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 autorizan, 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:			

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) ALEXANDER RODRIGUEZ CANO identificado(a) con cedula ciudadania 79.578.226 , se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 11 días del mes de Diciembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: MARTHA AURORA ORTIZ
10535008

CER-AFI

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefonica - 4441234
www.compensar.com

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RODRIGUEZ CANO ALEXANDER** identificado(a) con **CC** número **79.578.226** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 17 de julio de 1995 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 16 de diciembre de 2018.

Cordialmente,

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

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

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

20181216223254

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

79 578 226	Positiva
Numero de Documento	ARL

Alexander		Rodriguez	Cano
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

12 - 05 - 18	Bogota	calle 43 sur #57	3108005948
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Compensar	Proteccion	$ 1'526.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar enfermera	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

alexrodriguez1971chiqui@gmail.com	3108005948
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 119264928

WEB
22:18:44

Bogotá DC, 16 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) ALEXANDER RODRIGUEZ CANO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 79578226:

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 sábado 15 de diciembre de 2018, a las 19:52:43, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	79578226
Código de Verificación	79578226181215195243

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. 2614941

Bogotá D.C., 15 de Diciembre de 2018 - 19:40 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) **ALEXANDER RODRIGUEZ CANO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **SETENTA Y NUEVE MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS VEINTISEIS** de BOGOTA D.C.

79578226

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 12_1U44T_4019
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 19:14:54 horas del 15/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **79578226**

Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ CANO ALEXANDER**

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 800.002.964-4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que RODRIGUEZ CANO,ALEXANDER, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 79.578.226 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuenta de ahorro No. 102605250, abierta/o desde el 22/12/2009.

Se expide en Bogota el día 11 del mes de Diciembre del año 2018

Firma Autorizada

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