



Colombia Compra Eficiente

[Ayudar al cliente](#)

UTC -5 10:57:32
OSCAR ALBERTO OLA...



Buscar...

Id de página: 14005862 Ayuda

Escritorio → **Configuraciones de Perfil**

Búsqueda	Mis procesos	Menú	Ir a
Mis datos de usuario			
Noticias SECOP			
Mis registros			
Accesos del usuario			
Términos y condiciones de uso			

Estado de las solicitudes de registro

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

Número de documento	Entidad Estatal/Proveedor	Fecha de solicitud	Fecha de aceptación	Estado
80746557	OSCAR ALBERTO OLATE COY	17/11/2017 04:14:48 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	17/11/2017 04:14:48 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	Aceptado

[Cambiar el estilo de paginación](#)

[Nuevo registro](#)

[Nuevo registro](#)

JOTA



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
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRICTAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO OLARTE	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) COY	NOMBRES OSCAR ALBERTO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 80746557	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 80746557 D.M. EJ BPO 952		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 7 MES ENE AÑO 1985 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Carrera 2 A este # 74 D 26 sur PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7648869 EMAIL oscarolarte84@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 BÁSICA											TÍTULO Bachiller Básico	
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES JULIO	AÑO 2017

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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL

TC

3

X

tecnico auxiliar de enfermeria



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

SISTEMA DE INFORMACIÓN INTEGRAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
SUBRED CENTRO ORIENTE	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3725610	DÍA 15 MES 11 AÑO 2016		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	PERSONAL	Dg39 S 3 20 E	

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
PUBLICO	2	1
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	2	1

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogotá 26 de Dic 2018
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Oscar R. Olarte C.
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6

OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS



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.



Última Actualización: 17-dic-2018

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

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, OSCAR ALBERTO OLARTE COY

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 80746557 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Carrera 2 A este # 74 D 26 sur

Teléfonos 3124708979 7648869

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
STEFANY YIETH OLORTE GARCIA	1022926309	HIJO(A)
LEIDY NICOL OLARTE GARCIA	1000693482	HIJO(A)
SHAIRA ALEJANDRA OLARTE SALAZAR	1031155185	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	\$ 18.295.200,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 18.295.200,00

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	CORRIENTE	0084569782	20 DE JULIO	\$ 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
CODENSA	Tarjeta Credito	\$ 3.200.000,00



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: 26-dic-2018

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
-----------------------	--------------------

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
------------------------------------	------------------

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C. ☐ C.E. ☐ T.I. ☐	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

Oscar D. Olarte C

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 26-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



La República de Colombia
y en su nombre el

Instituto GerWill

Bogotá D.C. - Cundinamarca

Aprobado por la Secretaría de Educación del Distrito, según Resolución No. 3495
del 8 de noviembre de 1999, en cumplimiento de lo ordenado por el Artículo 67o.
de la Constitución Política y de conformidad con el Decreto 1860 de 1994,

Confiere el presente

Certificado

II

Oscar Alberto Ojarte Coy

Por haber culminado satisfactoriamente los estudios de Educación
Básica y llenado los requisitos del Proyecto Educativo
Institucional - P.E.I.

Rector,

Wilmar Vesid Flores Sánchez



Secretaria,

María Isabel Salinas Murcia

Anotado en el control interno en el Acta No. 045. Folio No. 122 ..

Dado en Bogotá, D.C., a 10 de Julio del año 2005 ..



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

INSTITUTO GERWILL

Avenida Suba Calle 139 No. 96 - 08 Tel. 4805676

Resolución No. 3495/Noviembre 8 de 1999

De la Secretaría de Educación del Distrito

Jornada Diurna, Nocturna, Sábado y Domingos

Correo Electrónico instituto_gerwill@yahoo.es



ACTA DE GRADO

Nit. 830.060.434-0

Inscripción P.E.I. Octubre 1998

Registro ICFES 088591

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los (10) días del mes de Julio del 2009 se reunió el Comité de Promoción presidido por el Rector y la Secretaria Académica, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes del grado **once** (ciclo 4 Decreto 3011 de 1997) del Instituto Gerwill, institución autorizada para prestar el servicio educativo en los niveles de educación básica y media, modalidad académica; con jornadas diurna, nocturna, sábados y domingos, de modalidad presencial, semipresencial y a distancia, según resolución 3495 de noviembre 8 de 1999 de la Secretaría de Educación del Distrito.

Comprobadas la idoneidad académica, y la situación legal de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los logros correspondientes al grado **once** de Educación Básica (ciclo 4) según Decreto 2343 de 1996, se procedió a otorgar el título de Bachiller Básico al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento se relacionan a continuación

OSCAR ALBERTO OLARTE COY

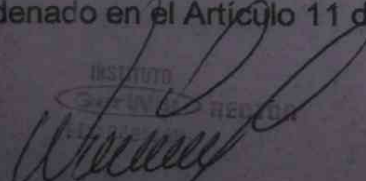
C.C.No. 80.746.557 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original No. 015 de fecha 10 de Julio del 2009 que consta de (174) estudiantes graduandos que, comienza con el nombre **ACHURY ESCOBAR MIREYA** y cierra con **VALBUENA LARA FANNY**

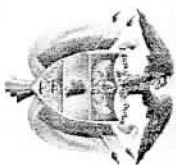
Firmada y sellada por Wilmar Yesid Flórez Sánchez, Rector y María Isabel Salinas Murcia, Secretaria Académica en representación del Comité de Promoción.

Dada en Bogotá D.C. a los 10 días del mes de Julio del 2009

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 11 del Decreto 1860 de 1996


Wilmar Yesid Flórez Sánchez
C.C.No. 79.257.250 Bogotá
Rector


María Isabel Salinas Murcia
C.C.No. 52.588.037 Bogotá
Secretaria Académica



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010,
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

CONFIERE A:

OSCAR ALBERTO OLARTE COY

C.C 80.746.557 DE BOGOTÁ D.C

EL CERTIFICADO DE

TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE:

AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS





LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

"FUSDESA"

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999
y Licencia Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del programa Acuerdo N° 164 del 18 de Marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial
Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010,
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 033

ACTA INDIVIDUAL N° 14496

En Bogotá D.C. a los 19 días del Mes de Junio del año 2015,
OSCAR ALBERTO OLARTE COY
Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 80.746.557 De Bogotá D.C
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
AUXILIAR EN ENFERMERÍA, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS**.

Anotado en el Folio 14496 del Libro 06 del Registro de FUSDESA.




NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA




PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO

Bogotá D.C

Señores:

Escuela de Salud FUSDESA

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

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

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

Técnico en Asistencia de enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma Oscar A. Olarte P.

No. de documento: 80 746 557

Tarjeta profesional No: 967

Dirección de contacto: Rta 2 A Este #74 D 26 Sur

Teléfono: 312 470 8979

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 80.746.557

OLARTE COY

APELLIDOS

OSCAR ALBERTO

NOMBRES

Oscar A Olarte C

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-ENE-1984

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

24-ABR-2002 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

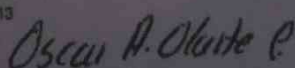
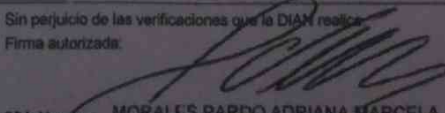


A-1500150-00258009-M-0080746557-20100930

0024177313A 1

35150946

UNIDAD NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

 DIAN <small>Departamento de Impuestos y Aduanas Nacionales</small>	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal	 MUSCA <small>Módulo Único de Ingresos, Servicios y Control Automatizado</small>	001
2. Concepto ☐ 0 ☒ 1 Inscripción <small>Espacio reservado para la DIAN</small>		4. Número de formulario 14390784460	
		 <small>(415)7707212489984(8020) 000001439078446 0</small>	
5. Número de identificación Tributaria (NIT): 8 0 7 4 6 5 5 7 - 3		6. DV: 3	12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá
		14. Buzón electrónico: 3 2	
IDENTIFICACION			
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3	
26. Número de identificación: 8 0 7 4 6 5 5 7		27. Fecha expedición: 2 0 0 2 0 4 2 4	
Lugar de expedición: COLOMBIA		28. País: 1 6 9	
29. Departamento: Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio: Bogotá D.C. 0 0 1	
31. Primer apellido: OLARTE		32. Segundo apellido: COY	
33. Primer nombre: OSCAR		34. Otros nombres: ALBERTO	
35. Razón social:			
36. Nombre comercial:			
UBICACION			
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C. 1 6 9	
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1		41. Dirección principal: CR 7 74 D 26 SUR	
42. Correo electrónico: flakoblue28@hotmail.com		43. Código postal: 7 6 4 8 8 6 9	
44. Teléfono 1:		45. Teléfono 2: 3 1 2 4 7 0 8 9 7 9	
CLASIFICACION			
Actividad económica		Ocupación	
46. Código: 8 6 9 2		47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 5 0 6 3 0	
48. Código: 49. Fecha inicio actividad:		50. Código: 1 2	
51. Código:		52. Número establecimientos:	
Responsabilidades, Calidades y Atributos			
53. Código: 2 0			
20- Obtención NIT			
Obligados aduaneros		Exportadores	
54. Código:		55. Forma: ☐	
56. Tipo: ☐		57. Modo: ☐	
58. CPC:		59. CPC:	
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación			
Para uso exclusivo de la DIAN			
60. Anexos: SI ☒ NO ☐		61. No. de Folios: 1	
62. Fecha: 2 0 1 6 0 9 2 6		Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice	
Firma del solicitante: 		Firma autorizada: 	
984. Nombre: MORALES PARDO ADRIANA MARCELA		985. Cargo: Punto de Contacto Presencial	

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

CONTRIBUYENTE NIT 80746557-3 OSCAR ALBERTO OLARTE COY

Información

Dirección CR 7 74D 26 SUR
Teléfonos 7648869-3124708979
Dirección flakoblue28@hotmail.com
Fax

Información de

Fecha Inscripción 30/09/2016
Soporte Inscripción 22640840
Fecha Inicio Actividades 30/06/2015
Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio

 **REPÚBLICA DE COLOMBIA**
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

NÚMERO **80746557**

APELLIDOS Y NOMBRES
OLARTE COY
OSCAR ALBERTO
PERTENECE AL EJERCITO DE:

1ª LÍNEA 31 - DIC	2ª LÍNEA 31 - DIC	3ª LÍNEA 31 - DIC
2014	2024	2034

PROFESIÓN **EMPLEADO**

FECHA DE EXP: **20-ENE-2009** CDTE. DE DISTRITO



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL
Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
 - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
 - Ingresar a la carrera administrativa.
 - Tomar posesión de cargos públicos.
 - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior.
2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

 **2611787**
EJ BPO 952

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 *

Número de Identificación *

Cédula de Ciudadanía ▼

80746557

Primer Nombre *

oscar

Primer Apellido *

olarte

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

Resultado General -2018-12-19→11:24:52 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	80746557	OSCAR	ALBERTO	OLARTE	COY	Ver

Información Detallada [CC: 80746557] OSCAR ALBERTO OLARTE COY**2018-12-19→11:24:52 PM****Información Académica**

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	NO DISPONIBLE	2015/8/19	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
AUX	Local	TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA	2015/8/19	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).



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Resolución No 9629 de 19/08/2015

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C

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

EL DIRECTOR DE CALIDAD 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) OLARTE COY OSCAR ALBERTO Identificado(a) con CC número 80746557 expedida en BOGOTÁ D.C. solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION DE SOCORRISTAS "FUSDESA". el día 19/06/2015.

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

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a OLARTE COY OSCAR ALBERTO identificado(a) con CC número 80746557 expedida en BOGOTÁ D.C. para desempeñarse como AUXILIAR EN ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D.C.

ARTICULO SEGUNDO: Para laborar en zona geográfica diferente al Distrito Capital, el autorizado deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud correspondiente con el fin de ejercer el control y vigilancia conforme a la ley.

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.

NOTIFÍQUESE, Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C. a los 19/08/2015

Original Firmado por:

Bernardo Camacho Rodríguez

BERNARDO ARMANDO CAMACHO RODRÍGUEZ.
Director de Calidad de Servicios de Salud (E).

Revisó: Daniel Ortiz B.
Elaboró: Víctor Sánchez

Bogotá, D.C. 01 Septiembre de 2015
A la fecha notifiqué personalmente al
señor (a) *Oscar Alberto Olarte Coy*
CC. # *80 446 557 de Bto*

Firma *Oscar A. Olarte C.*

Cra. 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co
Info: Línea 195



BOGOTÁ
HUMANA



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD NORTE E.S.E.
LABORATORIO CLINICO**



Orden No: **8278592**
Paciente: **OLARTE COY OSACAR ALBERTO**
Documento Id: **CC 80746557**
E.P.S.: **HOS-USAQUEN**
Sede: **ORQUIDEA**
Servicio: **CONSULTA EXTERNA**

8278592
Fecha de ingreso: **27-Aug-2018 2:24 pm**
Fecha de impresión: **01/10/2018**
Edad: **34 Años 7 meses 20 días** Sexo: **M**
Telefono: **3124708479**
Cama:
Procedencia:

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

ANEXOS



**LABORATORIO CLINICO MEDICO
COLCAN**
ANTONIO GONZALEZ



90304074

Paciente: **OLARTE COY OSACAR ALBERTO**
Identificación: **CC 80746557** Tel:
Edad: **34 Años 7 meses 20 días** Sexo: **M**
Médico: **MEDICOS VARIOS**
No. Ordenamiento: **8278592**

Fecha de recepción: **03-sep-2018 3:51 pm**
Fecha de impresión: **19-sep-2018 9:25 am**
Empresa: **ANALISIS TECNICOS LTDA**
Sede: **REFERENCIA**
Fecha Validación: **03-sep-2018 8:11:00pm**

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEPATITIS B: AG. CONTRA Ag DE SUPERFICIE Método: Quimioluminiscencia	1.5	mIU/ml	

V. de Referencia:

Re. Reactivo: Menor de 8 mIU/ml
Indeterminado: De 8 a 11 mIU/ml
Reactivo: Mayor de 11 mIU/ml

DR. RAFAEL SUAREZ
DIRECTOR

F. L. L.

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

Conservelo

En caso de requerir el certificado internacional de Vacunación
o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



MinSalud

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombre: **Oscar Alberto**
 Apellidos: **Olarte**
 Documento de identidad: **8034557**
 Fecha de nacimiento: **07** **01** **1984**

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	1			
Toxide Tetánico Diférico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1	17-02-14	004 L20043	Immunosalud
	2	13-06-14	035L3004	Immunosalud
	3	04 MAR 2015	1434019	Immunosalud
	R			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Virus de Papiloma Humano				

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ☒ Periódico ☐ Retiro ☐ Post incapacidad ☐ Caso ocupacional ☐
Control ☐ Reubicación ☐ Ingreso al SVE ☐ Trabajo en alturas ☐

DATOS DEL PACIENTE

Fecha 02/11/2016 08:32:00 Empresa JUAN PABLO II IPS S.A.S

Nombre OSCAR ALBERTO OLARTE COY

Cargo AUXILIAR DE ENFERMERIA

Doc. Identidad CC 80746557



SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 MEDICO OCUPACIONAL INGRESO	2	3
4	5	6
	8	9

EXAMEN DE INGRESO

SI NO NO APLICA FALTA INFORMACIÓN

Apto para el cargo	☒	☐	☐	☐
Aplazado	☐	☐	☐	☐
Apto con restricciones	☐	☐	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐	☐	☐
Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐	☐	☐
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	☐	☐	☐	☐
Apto para participar en la brigada	☐	☐	☐	☐
Apto para el requerimiento del cargo la empresa o contratista	☐	☐	☐	☐

EXAMEN PERIÓDICO

SI NO

Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	☐	☐
Requiere de restricción de actividades	☐	☐
Requiere de reubicación laboral temporal	☐	☐
Requiere reubicación laboral permanente	☐	☐
Apto para trabajar en alturas	☐	☐
Apto para trabajar en espacios confinados	☐	☐

EXAMEN DE RETIRO

SI NO

Sospecha de enfermedad Profesional	☐	☐
Secuelas de Accidentes de Trabajo	☐	☐
Enfermedad Común	☐	☐

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☐ Otros ☐

REMISIÓN

SI ☐ NO ☒ ARL

SI ☐ NO ☐ EPS

SI ☐ NO ☐

" REALIZAR CAMBIOS DE POSICION FRECUENTEMENTE EN EL PUESTO DE TRABAJO

Salud Ocupacional
Jhonattan Jose Polo Donado
Médico
SP. MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL
R.M.

JHONATTAN JOSE POLO DONADO
Especialidad: MEDICINA LABORAL
CC: 72343832 RM: 25/5994/2015

Oscar A. Olarte P.

Trabajador: OSCAR ALBERTO OLARTE COY
CC: 80746557

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica

Subred Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

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

CERTIFICA QUE:

OSCAR ALBERTO OLARTE COY

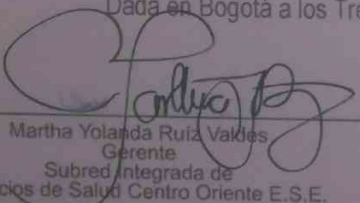
C.C.: 80746557

Asistió a la capacitación en:

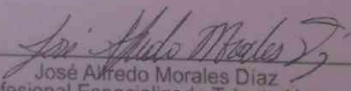
**Atención Integral en Salud
de Víctimas de Violencia Sexual**

Con una intensidad horaria de 20 horas

Dada en Bogotá a los Treinta (30) días del mes de Noviembre de 2016


Martha Yolanda Ruiz Vales
Gerente

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


José Alfredo Morales Díaz
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:

OSCAR ALBERTO OLARTE COY
C.C. 80746557

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 3 (tres) días del mes de diciembre de 2018.

NUBIA INES VARELA MORATO

Referente laboratorio clínico

Toxicología y servicio transfusional

**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

CENTRO VOCACIONAL DE SALUD



Autorizado por la Secretaria de Educación de Bogotá D.C.
Según resolución No. 4499 de 11 de Junio de 1997
Acuerdo No. 06 de Julio de 1994 del Ministerio de Salud
NIT. 800.173.938-7

HACE CONSTAR QUE

Oscar Alberto Olarte Coy

C.C. 80.746.557 de Bogotá, D.C.

**APROBO EL CURSO
TEORICO PRACTICO**

SOPORTE VITAL BÁSICO (BLS)

INTENSIDAD HORARIA: 40 HORAS


BLANCA INÉS SÁNCHEZ PEÑA
DIRECTORA GENERAL


PEDRO MURILLO
SECRETARIO GENERAL

Dado en Bogotá, D.C. a los 10 días del mes de diciembre de 2018

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT									
FECHA: 16-12-2018		CIUDAD: BOGOTÁ		DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA					
<p>Detallado Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1. de la Circular Externa No 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización de este proceso es de carácter obligatorio para la Salud Integral de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sujeta al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.</p>									
CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA/CONX)									
PROVEEDOR ☐	PARTICULAR ☐	CONTRATISTA ☒	SERVIDOR PÚBLICO ☐	OTRO ☐	CUAL: _____				
I. DATOS DE LA PERSONA NATURAL									
PRIMER APELLIDO: OLARTE		SEGUNDO APELLIDO: COY		PRIMER NOMBRE: OSCAR		SEGUNDO NOMBRE: ALBERTO			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: ☒ C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐		Nº IDENTIFICACIÓN: 80246557		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): Bogotá		FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): 24-04-2002			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐							
FECHA NACIMIENTO: 07-01-1984		LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio): BOGOTÁ		PAÍS NACIMIENTO: COLOMBIA		NACIONALIDAD: COLOMBIANO			
ESTADO CIVIL: ☒ SOLTERO ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐ VIUDA ☐		PERSONA A CARGO: 3		NÚMERO DE HIJOS: 3		TELÉFONO CELULAR: 3124308979			
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA									
MANEJER ☐ DOMINANTE ☐ UNIVERTARIO ☐ BAJO ☐ PRIMARIA ☐ TÉCNICO ☒ TECNOLÓGICO ☐ CUAL: _____		PROFESIÓN: AUXILIAR DE ENFERMERIA							
DIRECCIÓN RESIDENCIA: KRA 2A E # 340 26 SUR		CIUDAD RESIDENCIA: BOGOTÁ		DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA		PAÍS RESIDENCIA: COLOMBIA		TELÉFONO RESIDENTE: 7648869	
CORREO ELECTRÓNICO: oscar.duarte@colmaul.com		PORTAL O PÁGINA INTERNET: _____							
DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene): _____		CIUDAD: _____		DEPARTAMENTO: _____		PAÍS: _____		TELÉFONO FAX: _____	
II. DATOS DEL CONYUGE									
PRIMER APELLIDO: _____		SEGUNDO APELLIDO: _____		PRIMER NOMBRE: _____		SEGUNDO NOMBRE: _____			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN: ☐ C.C. ☐ C.E. ☐ R.C. ☐ NUP ☐		NÚMERO IDENTIFICACIÓN: _____		LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio): _____		FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD): _____			
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: _____		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD: _____					
III. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:									
EMPRESARIO ☐ AUTÓNOMO ☐ SOCIO ☐ EMPLEADO ☒ EMPLEADO PÚBLICO ☐ OTRO ☐		DECLARA RENTA: SI ☐ NO ☒		IVA: SI ☐ NO ☒		ICA: SI ☐ NO ☒		CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA: 8692	
GRAN CONTRIBUYENTE: SI ☐ NO ☒		AGENTE EXTENDEDOR: SI ☐ NO ☒		AGENTE AUTOLAVADOR: SI ☐ NO ☒					
FUNCIONARIO PÚBLICO: SI ☐ NO ☒		ADMINISTRA/RECURSOS PÚBLICOS: SI ☐ NO ☒		NOMBRE EMPRESA O ENTIDAD DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA: Subred Integrada de Salud Centro Oriente					
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA (MARCA/CONX):		COMERCIO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☒ SALUD ☒		RÉGIMEN: 900959061-7					
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGÉTICA ☐ FINANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ TECNOLÓGICA ☐ ALIMENTOS ☐ MEDICAMENTOS ☐									
OTRO: _____									
DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: Dg. Asun N-370		TELÉFONO: 3725610		CIUDAD/DEPARTAMENTO: Bogotá / Cundinamarca		PAÍS: Colombia		FECHA VINCULACIÓN: 15-11-2016	
CARGO ACTUAL: AUXILIAR DE ENFERMERIA									
IV. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO									
NÚMERO DE EMPLEADOS: _____		VENTAS ANUALES: _____		CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA: _____		DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD: _____		FECHA CONSTITUCIÓN: _____	
TIPO SOCIEDAD: _____									

5. INFORMACIÓN FINANCIERA							
INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	—	GASTOS FAMILIARES	850.000	AMORBOS	—	SALDO HIPOTECA	—
PENSIÓNARIOS	1526.000	ARRIENDOS	—	INVERSIONES	—	TARJETAS DE CREDITO	—
ARRENDOS	—	CUOTA VEHICULO	—	VEHICULOS	—	DEUDA VEHICULOS	—
CUOTAS FAMILIA	—	CUOTA VIVIENDA	—	PROPIEDADES	—	DEUDAS TERCEROS	—
OTROS INGRESOS*	—	OTROS EGRESOS*	—	OTROS ACTIVOS*	—	OTROS PASIVOS*	—
TOTAL INGRESOS	1526.000	TOTAL EGRESOS	850.000	TOTAL ACTIVOS	—	TOTAL PASIVOS	—
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	
—		—		—		—	

6. REFERENCIAS PERSONALES			
(No debe ser familiar ni estar con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en horario laboral)			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
OLARTE	COY	MARY	LUZ
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
CIL 108 SUR # B19	BOGOTA	HERMANO	313 428 5519

7. REFERENCIA FINANCIERA				
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
Dauu.mda	Cuenta de ahorros	00840079940	Dlausta (usme)	3300000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒					
NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAIS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
—	—	—	—	—	—
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS					CUAL:
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRÉSTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐					—

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 entregará 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 ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
- No admitir 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 efectuar transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
- Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
- Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
- Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (s) 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 mí 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

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

- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio (Para Comerciantes)
- Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
- Fotocopia Inscripción en el Rn Distrital.
- Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
- Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si está obligado a declarar)
- Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.

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

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

CONSIDERACIONES

- Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades 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 1 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 requiere 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:

AUTORIZACIÓN

En efecto de la presente autorización, entienda por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 344 44 84, entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

señalo expresamente:

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 todas las fues precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) Licitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y el riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Hacer o arivar a encuestas de satisfacción de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realización de encuestas sobre satisfacción en los Estados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos 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 y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartados, transmidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas o asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Las clientes y contrapartes que intervengan en la celebración, ejecución, terminación y liquidación 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 adelanta para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para la prevención 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 elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con el tratamiento.

DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, ignado 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, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia de la Información y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.

DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a

DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: 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 mí.

RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente y las 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 comparten o divulgan, en desarrollo de los previsto en el literal c) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Salud (Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail sarlatf@subredcentroorientegov.co) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para la prevención y control del fraude (INDICAR DIRECCIÓN, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mis datos, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

TA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientegov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZADOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

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

Oscar A. Ochoa E.

Firma Cliente / Representante Legal

Huella digital

X. INFORMACION DE ENTREVISTA	
Fecha	2. Ciudad
Nombre del funcionario o autor:	
Lugar de la Entrevista:	
Observaciones:	
Resultado de la Entrevista:	☐ ACEPTADO ☐ RECHAZADO
Firma y Cédula	

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



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) OSCAR ALBERTO OLARTE COY identificado(a) con CC 80746557 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 01/11/2016

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - SEDE AMERICAS

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 26 días del mes de diciembre del año 2018.

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

Observaciones:

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

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **OSCAR ALBERTO OLARTE COY**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **80,746,557**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 12 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

80746557

Numero de Documento

Baliover

ARL

Oscar

Primer Nombre

Alberto

Segundo Nombre

Olivia

Primer Apellido

Loay

Segundo Apellido

07-01-1984

F. Nacimiento dd/mm/aa

Bogotá

Ciudad de Nacimiento

K2AE#74D26Sk

Dirección de Residencia

7648869

Teléfono Fijo

Nueva EPS

EPS - Salud

Pensioner

AFP - Pensiones

\$ 1.575.420

Honorarios

Aux. de Enfermería

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

oscardelatorre84@hotmail.com

Correo Electrónico

3124708979

Celular

Oscar A. Olivia C

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119124462



WEB

15:03:53

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 12 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) OSCAR ALBERTO OLARTE COY identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 80746557:

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.

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCION COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy miércoles 12 de diciembre de 2018, a las 15:02:23, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	80746557
Código de Verificación	80746557181212150222

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



Bogotá D.C., 12 de Diciembre de 2018 - 15:07 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **OCHENTA MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y SIETE**

80746557

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

ADVERTENCIAS:

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

Cra. 7 No. 21 - 24 - Conmutador 3820450/80 - www.personeriabogota.gov.co

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_DHN45_0715**

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 12:20:49 horas del 24/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **80746557**

Apellidos y Nombres: **OLARTE COY OSCAR ALBERTO**

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.



Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao). Bogotá DC
Atención administrativa de lunes
a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y
2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano -
Bogotá D.C. (571) 5159111 / 9112
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24
horas
Fax (571) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co.



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional



Portal Único
de Contratación

Todos los derechos reservados.



Gobierno en
Línea



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA

2017/11/27

COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **OSCAR ALBERTO OLARTE COY**
con Cédula de Ciudadanía número 80746557
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número 008400759190

Fecha Apertura 2016/11/17

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

