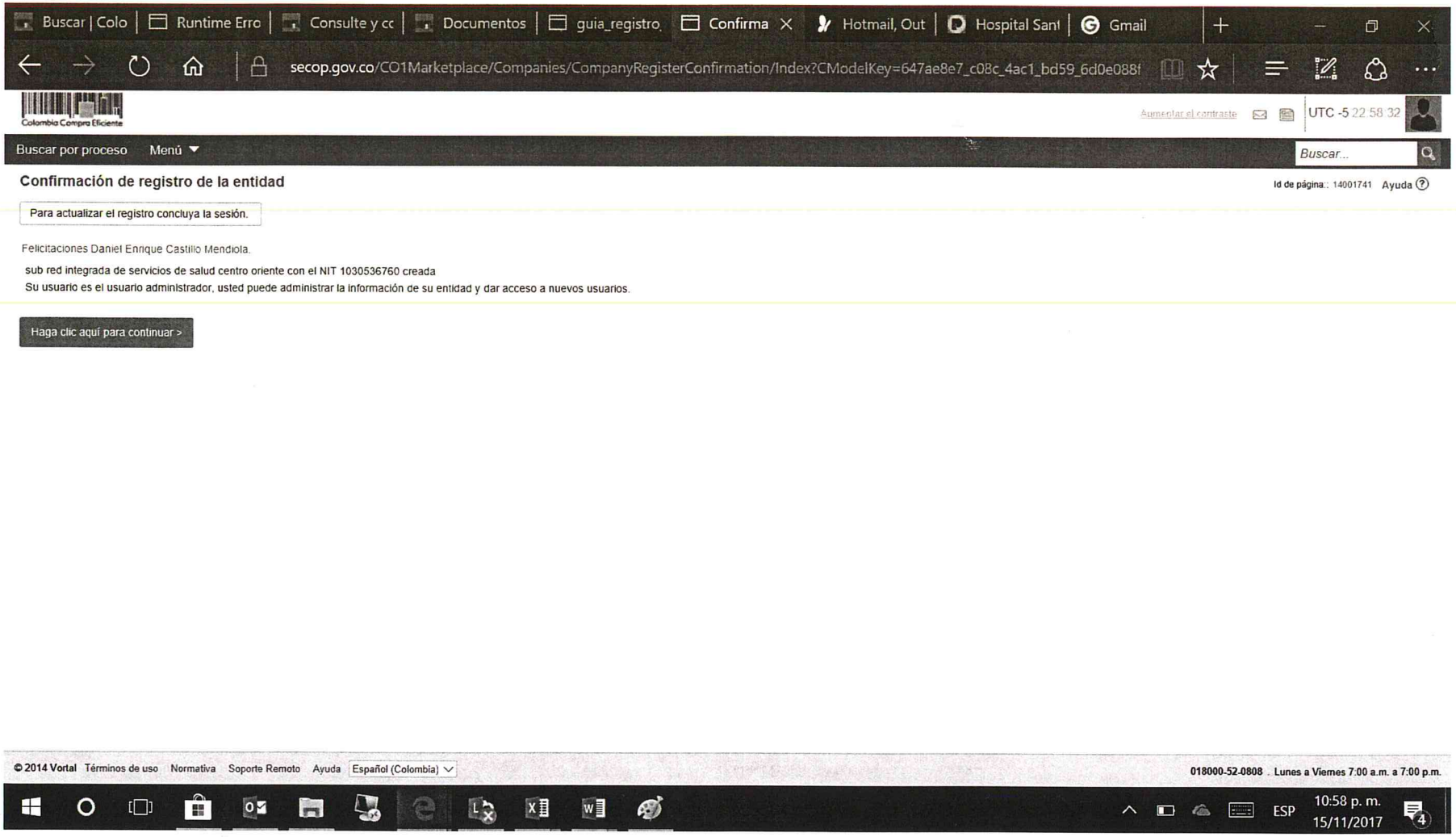

Buscar | Colo
Runtime Erro
Consulte y cc
Documentos
guia_registro
Confirma
Hotmail, Out
Hospital Sant
Gmail
secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyRegisterConfirmation/Index?CModelKey=647ae8e7_c08c_4ac1_bd59_6d0e088f
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 22 58 32
Buscar por proceso
Menú
Buscar...
Confirmación de registro de la entidad
Id de página:: 14001741
Ayuda
Para actualizar el registro concluya la sesión.
Felicitaciones Daniel Enrique Castillo Mendiola.
sub red integrada de servicios de salud centro oriente con el NIT 1030536760 creada
Su usuario es el usuario administrador, usted puede administrar la información de su entidad y dar acceso a nuevos usuarios.
Haga clic aquí para continuar >
© 2014 Vortal
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808 . Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
ESP
10:58 p. m.
15/11/2017

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 *: 1030536760

Primer Nombre *: daniel

Primer Apellido *: castillo

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-09--10:14:10 PM

Tipo Identificación	*Nro Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1030536760	DANIEL	ENRIQUE	CASTILLO	MENDIOLA	Ver

Información Detallada [CC: 1030536760] DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA

2018-12-09--10:14:10 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Terapia respiratoria	2011/6/13	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).

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 17-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
CASTILLO	MENDIOLA	DANIEL ENRIQUE

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1030536760

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 1030536760 D.M 3

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 30 MES MAR AÑO 1987

PAÍS Venezuela

DEPTO

CIUDAD Maracibo

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Carrera 64 # 78 a 24

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2310913

EMAIL daniel_castillo19@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* BACHILLER
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES DICIEMBRE AÑO 2005
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

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

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

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

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TEMINACIÓN MES*	*TEMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	9	X		TERAPISTA RESPIRATORIA	5	2011	1030536760

DOMINIO DE IDIOMAS

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

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

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 DISTRITAL 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 INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	centroorientesubred3@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3282828	DIA 1 MES 8 AÑO 2016	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TERAPEUTA RESPIRATORIO	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	CARRERA 14B # 1-45 SUR

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL SAN JOSE		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	hospitaldesanjose@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3508000	DIA 1 MES 9 AÑO 2012	DIA 25 MES 10 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
TERAPEUTA RESPIRATORIA	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	CARRERA 10 N. 18-79

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	0
PRIVADO	5	1
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	3

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

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 DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

Ciudad y fecha del diligenciamiento

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1030536760 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Carrera 64 # 78 a 24 **Teléfonos** 3002433753 2310913

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Daniel Santiago Castillo Ordoñez	1145931870	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	$ 33.696.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 33.696.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco Davivienda	AHORROS	008400754381	Bogota	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
VEHICULO	IWL 713	$ 39.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

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
GINNA PAOLA ORDOÑEZ BETANCOURT	**C.C** ⊗ **C.E** ○ **T.I.** ○	1015398657

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 17-dic-2018

CIUDAD Y FECHA

Libertad y Orden

República de Colombia

Y en su Nombre

LA INSTITUCION EDUCATIVA

Colegio Cooperativo Carvajal

Aprobado por el Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 21905 de 7 de Diciembre de 1983 y Resolución No 4831 del 30 de Diciembre de 1988
Emanada de la Secretaria de Educación



Confiere a:

Daniel Enrique Castillo Mendiola

Identificado (a) con C.C. No 1.030'536.760 de Santa Fe de Bogotá

El Titulo:

Bachiller Academico

Con énfasis en Cultura Empresarial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Académica, Articulo 28 Ley 115 de 1994
Según los planes y programas vigentes

Jaime Cabarcas Garcia
Rector

Mariza Sanchez Buitrago
Secretaria

Dado en Bogotá, D.C., A los 3 días del mes de Diciembre del año 2005

FOLIO LIBRO DE REGISTRO

NO REQUIERE REGISTRO SEGUN DECRETO 921 DEL 6 DE MAYO DE 1994
NO REQUIERE SELLOS SEGUN DECRETO 2150 DEL 5 DE DICIEMBRE DE 1995

República de Colombia
y en su nombre el

Colegio Cooperativo Carvajal

Aprobado por Ministerio de Educación Nacional, según Resolución No. 21905 del 7 de Diciembre de 1983 y Resolución No. 4831 del 30 de Diciembre de 1988
Emanada de la Secretaria de Educación

Confiere a:

Daniel Enrique Castillo Mendiola

Identificado (a) con T.I. Nº 870330-57120

Certificado de Estudios de Bachillerato Básico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Básica Secundaria, que lo (a) habilita plenamente para ingresar a la Educación Media o al servicio especial de Educación Laboral

Rector (a)

Secretario (a)

En desarrollo de lo dispuesto en los Artículos 88 y 89 de la Ley 115 de 1994 y Decreto 1860 del 3 de Agosto de 1994

Dado en Bogotá, D.C., a los 6 días del mes de Diciembre del año 2003

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos No. 921 del 6 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional, y 2150 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República.

Inscripcion S.E. 1319

Dane 31100107107

Acta Individual de Grado

En la Ciudad de Bogota, Cundinamarca a los 3 días del mes de Diciembre del año 2005, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado El suscrito Rector y Secretario (a) Académica en la Rectoría de la

Institución Educativa

Colegio Cooperativo Carbajal

Institución aprobada en el nivel de Educación Media Académica, y autorizada por el M.E.N. y la Secretaria de Educación de Bogotá para otorgar

El Titulo de Bachiller Académico Según Resolución No 21905/4831 del 7/30 de Diciembre del año 1983/1988

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación Media Académica, se procedió a otorgar el Titulo de

Bachiller Académico

Con énfasis en Cultura Empresarial

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación

Castillo Mendiola Daniel Enrique

Identificado (a) con C.c. 1.030.536.760 de Bogotá

Es fiel copia del Acta General No. 031 de Fecha 3 de Diciembre del año 2005 que consta de 51 alumnos que comienza con el nombre de Alvira Cruz Gisella Andrés y se cierra con el nombre de Villegas Holguín María Isabel Firmada y sellada por Jaime Cabarcas García (Rector) y Maritza Sánchez Buitrago (Secretaria Académica) En Bogotá D.C., a los 3 días del mes de Diciembre del año 2005

Jaime Cabarcas García

C.C. No. 8.702.431 de Barranquilla
Rector

Maritza Sánchez Buitrago

C.c. No. 52.175.235 de Bogotá
Secretaria Académica

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. **213** LIBRO No. **6** FOLIO No. **107**

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y
CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA

C.C. No. **1030536760 de BOGOTA D.C.**

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS
POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD,
RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TERAPEUTA RESPIRATORIO

EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN, UMB
Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIÓ
A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN
DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS **19** DIAS DEL MES **Mayo** DE **2011**

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

DIRECTOR DE PROGRAMA

SECRETARIO GENERAL

No. 04833

THOMAS GREG & SONS

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN
UMB

RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y CONTROL ACADEMICO

REGISTRO PROFESIONAL No. 018870

CERTIFICA QUE:

DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA

C.C. No 1030536760 DE BOGOTA D.C.

MEDIANTE ACTA No. 213 LIBRO 6 FOLIO 107 DIA 19 DE MAYO DE 2011
RECIBIO EL TITULO DE:

TERAPEUTA RESPIRATORIO

DESPUES DE VERIFICADO EL CUMPLIMIENTO DEL RESPECTIVO PENSUM ACADEMICO Y DEMAS REQUISITOS LEGALES, SE PROCEDE A REALIZAR LA INSCRIPCION EN EL REGISTRO PROFESIONAL No. 018870 DEL DIA 19 DE MAYO DE 2011

JENNY ARIZA RAMOS
Director de Registro y Control Academico.
Email. jenny.ariza@umb.edu.co

02627

U. M. B.

U. M. B.

REPUBLICA DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

UMB

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y CONFORME A SUS FACULTADES
ESTATUTARIAS, CONFIERE A:

Daniel Enrique Castillo Mendiola

C.C. 1.030.536.760 de Bogotá D.C.

EL TÍTULO DE

Terapeuta Respiratorio

POR HABER CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUISITOS ACADÉMICOS Y LEGALES.

EN TESTIMONIO DE ELLO EXPIDE, FIRMA Y SELLA EL PRESENTE DIPLOMA

EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

A LOS 19 DÍAS DEL MES MAYO DE 2011

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

SECRETARIO GENERAL

DIRECTOR DE PROGRAMA

U. M. B.

Acta No. 6
Folio No. 3

U. M. B.

04833

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN

PERSONERÍA JURÍDICA RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004
DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

ACTA DE GRADO No. **213** LIBRO No. **6** FOLIO No. **107**

EL SEÑOR RECTOR DE ACUERDO A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO
24 DE LA LEY 30 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 1992 Y
CONFORME A SUS FACULTADES ESTATUTARIAS, CONSIDERANDO QUE:

DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA

C.C. No. **1030536760 de BOGOTA D.C.**

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS
POR LOS ACUERDOS Y REGLAMENTOS DE LA ENTIDAD,
RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

TERAPEUTA RESPIRATORIO

EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN, UMB
Y PREVIO EL JURAMENTO DE RIGOR, EL SEÑOR RECTOR PROCEDIÓ
A LA ENTREGA DEL DIPLOMA QUE LE ACREDITA PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN
DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE

EN TESTIMONIO DE LO ANTERIOR SE FIRMA Y SELLA LA PRESENTE ACTA DE GRADO
EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL Y TOMADO A LOS **19** DIAS DEL MES **Mayo** DE **2011**

RECTOR

DIRECTOR REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

DIRECTOR DE PROGRAMA

SECRETARIO GENERAL

No. 04833

THOMAS GREG & SONS

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN
UMB

RESOLUCIÓN No. 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004 DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

DEPARTAMENTO DE REGISTRO Y CONTROL ACADEMICO

REGISTRO PROFESIONAL No. 018870

CERTIFICA QUE:

DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA

C.C. No 1030536760 DE BOGOTA D.C.

MEDIANTE ACTA No. 213 LIBRO 6 FOLIO 107 DIA 19 DE MAYO DE 2011
RECIBIO EL TITULO DE:

TERAPEUTA RESPIRATORIO

DESPUES DE VERIFICADO EL CUMPLIMIENTO DEL RESPECTIVO PENSUM ACADEMICO Y DEMAS REQUISITOS LEGALES, SE PROCEDE A REALIZAR LA INSCRIPCION EN EL REGISTRO PROFESIONAL No. 018870 DEL DIA 19 DE MAYO DE 2011

JENNY ARIZA RAMOS
Director de Registro y Control Academico.
Email. jenny.ariza@umb.edu.co

02627

Inscripcion S.E. 1319

Dane 31100107107

Acta Individual de Grado

En la Ciudad de Bogota, Cundinamarca a los 3 días del mes de Diciembre del año 2005, se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado El suscrito Rector y Secretario (a) Académica en la Rectoría de la

Institución Educativa

Colegio Cooperativo Carbajal

Institución aprobada en el nivel de Educación Media Académica, y autorizada por el M.E.N. y la Secretaria de Educación de Bogotá para otorgar

El Titulo de Bachiller Académico Según Resolución No 21905/4831 del 7/30 de Diciembre del año 1983/1988

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de educación Media Académica, se procedió a otorgar el Titulo de

Bachiller Académico

Con énfasis en Cultura Empresarial

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación

Castillo Mendiola Daniel Enrique

Identificado (a) con C.c. 1.030.536.760 de Bogotá

Es fiel copia del Acta General No. 031 de Fecha 3 de Diciembre del año 2005 que consta de 51 alumnos que comienza con el nombre de Alvira Cruz Gisella Andrés y se cierra con el nombre de Villegas Holguín María Isabel Firmada y sellada por Jaime Cabarcas García (Rector) y Maritza Sánchez Buitrago (Secretaria Académica) En Bogotá D.C., a los 3 días del mes de Diciembre del año 2005

Jaime Cabarcas García

C.C. No. 8.702.431 de Barranquilla
Rector

Maritza Sánchez Buitrago

C.c. No. 52.175.235 de Bogotá
Secretaria Académica

UNIVERSIDAD MANUELA BELTRÁN
UMB

RESOLUCIÓN 4974 DEL 29 DE DICIEMBRE DE 2004 DE MINEDUCACIÓN

CERTIFICA QUE:

Daniel Castillo Mendiola

Con Cédula de Ciudadanía Nº 1030536760

Cursó y aprobó el Diplomado en:

ADMINISTRACION GERENCIAL Y GESTION DE PROYECTOS

Realizado del 01 de Octubre al 04 de Diciembre de 2010
Con una duración de 110 horas

Dra. Rocío Bernal Garay
Vicerrectora Académica

Dra. Liliana Stella Chaves Palacios
Directora de Programa Terapia Respiratoria

Dado en Bogotá el día 04 del mes de Diciembre de 2010.

02777

THOMAS GREG & SONS.

EMERGENCIAS SEGURIDAD
Y SOPORTE ESS SAS
NIT. 900.033.292-0

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

Certifica que:

DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA

C.C.: 1030536760

En representación de:

MEDICALL TALENTO HUMANO

Quién participó en el entrenamiento práctico de:

Capacitación Integral de brigadas de emergencias
Con una Intensidad Horaria de **8** *horas,*
Realizada en la Ciudad de Bogotá, Noviembre 03 de 2016

ESS SAS. Santiago Aristizabal M. – Gerente General

3108748024
226 1579 - 520 2113 - 271 1361
contacto@emergencyess.com
Cra. 58C # 128B - 58
Bogotá Colombia

emergencyess

emergencyess.com

Bogotá D.C

Señores:

Universidad Manuela Beltran

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo. Daniel Enrique Cajamilla Mendieta 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:

Terapeuta Respiratorio.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma: Daniel Cajamilla Mendieta

No. de documento: 1.030.536.760

Tarjeta profesional No: J.030.536.760

Dirección de contacto: Cra 64 #70 a 24.

Teléfono: Fijo 2310913 / 3002433753

Medicall
Talento Humano

NIT 900.682.543-8

EL SUSCRITO GERENTE GENERAL DE MEDICALL TALENTO HUMANO S.A.S.

CERTIFICA:

Que ***CASTILLO MENDIOLA DANIEL ENRIQUE*** *identificada con cédula de ciudadanía número* ***1030536760*** *labora en Medicall Talento Humano S.A.S., en la Unidad de Servicios MEDICALL - HOSPITAL SAN JOSE, mediante contrato de trabajo a Término Indefinido desde el día 1 de Abril de 2014, desempeñando el cargo de* ***TERAPEUTA RESPIRATORIA****, con una remuneración mensual que se encuentra distribuída en los siguientes términos:*

1. Un salario básico equivalente a la suma de : UN MILLON SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL CERO Pesos M/cte ($1,666,000).
2. A título de auxilio no constitutivo de salario y/o factor prestacional, la suma de: Pesos M/cte ($).

La presente se expide en Bogotá, D.C. a los tres (3) días del mes de Julio del año dos mil catorce (2014). a solicitud del interesado (a).

HENRY LADINO DIAZ
GERENTE GENERAL

Carrera 67 # 4G-78 Teléfonos 7425770 - 4200784 - 2621705
Bogotá

Talentum
Cooperativa de trabajo asociado
NIT 830.138.325-3

CERTIFICA:

Que **CASTILLO MENDIOLA DANIEL ENRIQUE** identificado con cédula de ciudadanía número **1030536760** estuvo vinculado (a) como trabajador (a) asociado (a) en la Cooperativa de Trabajo Asociado **TALENTUM**, mediante convenio de asociación a término indefinido, desde el **21 de Junio de 2011** hasta el **31 de Agosto de 2011.**

Prestó sus servicios personales, para desarrollar las labores u oficios bajo el cargo de **TERAPEUTA RESPIRATORIA,** conforme a las necesidades de la Cooperativa, en la unidad de servicios **HOSPITAL SAN JOSE.**

En constancia de lo anterior se expide a solicitud del interesado a los tres (3) días del mes de Julio del año dos mil catorce (2014).

HENRY LADINO DIAZ
GERENTE GENERAL

Barranquilla, 30 de Marzo de 2012.

Señor(a):
CASTILLO MENDIOLA DANIEL
TRABAJADOR ASOCIADO
Ciudad.

Cordial saludo,

En virtud a la terminación de contrato suscrito entre **ESENCIAL IPS Y GRUPO INTEGRAL CTA,** nos permitimos informarle que el puesto de trabajo que usted tiene asignado será cancelado a fecha 30 de Marzo de 2012.

A pesar de ello usted aun sigue conservando su calidad de trabajador asociado de Grupo Integral CTA, a la espera de la asignación de un nuevo puesto de trabajo.

Atentamente,

JUAN CARLOS SANCHEZ CABALLERO
Gerente General

SOLMEDIC
P.C.T.A

NIT. 900.123.301-5

CERTIFICACION

La Terapeuta Respiratoria **DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA** identificada con cedula de ciudadanía No. 1030536760 de Bogotá es asociada en nuestra precooperativa desde el día 1 de Marzo de 2011 hasta la fecha, con un convenio de asociación de a cuerdo a las normas y regímenes que rigen el sector solidario y desarrollando su trabajo autogestionario en la Clinica del Occidente .

La presente se expide a solicitud del interesado a los veinticuatro (24) días del mes de junio de 2011.

Atentamente,

SOLMEDIC
P.C.T.A.
900.123.301-5

Clara Ines Osorio Peña
CLARA INES OSORIO PEÑA
Coordinadora Terapia Respiratoria

AV. AMERICAS No. 71 C – 29
TEL: 4254620 Ext. 496
BOGOTA D.C.,

Medicall
Talento Humano

NIT 900.682.543-8

EL SUSCRITO GERENTE GENERAL DE MEDICALL TALENTO HUMANO S.A.S.

CERTIFICA:

Que **CASTILLO MENDIOLA DANIEL ENRIQUE** identificada con cédula de ciudadanía número **1030536760** labora en Medicall Talento Humano S.A.S., mediante contrato de trabajo a Término Indefinido desde el día 1 de Abril de 2014, desempenando el cargo de **TERAPEUTA RESPIRATORIA(O)**, con una remuneración mensual que se encuentra distribuída en los siguientes términos:

1. Un salario básico equivalente a la suma de : UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SETECIENTOSPesos M/cte ($1,836,700).

2. A título de auxilio no constitutivo de salario y/o factor prestacional, la suma de: CERO Pesos M/cte ($0,00).

3. Adicionalmente certificamos que el promedio de Recargos Nocturnos, Festivos, Horas Extras y bonificaciones es de SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS UN Pesos ($748.201)

La presente se expide en Bogotá, D.C. a los ONCE (11) días del mes de Julio del año DOS MIL DIECISEIS (2016). a solicitud del interesado (a).

HENRY LADINO DIAZ
GERENTE GENERAL

La presente certificación debe tener sello seco.

jmartinez

Medicall
Talento Humano

NIT. 900682543 -8

EL SUSCRITO GERENTE GENERAL DE MEDICALL TALENTO HUMANO S.A.S

CERTIFICA:

Que ***CASTILLO MENDIOLA DANIEL ENRIQUE,*** *identificado (a) con cedula de ciudadanía número* ***1.030.536.760 ,*** *expedida en la ciudad de* ***BOGOTA D.C. ,*** *labora en Medicall Talento Humano S.A.S, mediante un contrato de trabajo a* ***Termino Indefinido*** *desde el* ***1 de abril de 2014*** *desempeñando el cargo de* ***TERAPEUTA RESPIRATORIO (A)*** *con una remuneración mensual que se encuentra distribuida en los siguientes términos:*

*1.Un salario básico equivalente a la suma de :****Un millón novecientos cuarenta y dos mil cuatrocientos pesos mcte ($1.942.400,00) .***

2.A titulo de auxilio no constitutivo de salario y/o factor prestacional, la suma de: ***Cero de pesos mcte ($0,00) .***

3.A titulo de auxilio no constitutivo de salario y/o factor prestacional, la suma de: ***Cero de pesos mcte ($0,00) .***

La presente se expide en Bogota D.C a los ***17 días del mes de agosto de 2017*** *a la solicitud del interesado (a).*

HENRY LADINO DIAZ
GERENTE GENERAL MEDICALL TH.

Carrera 67 No. 4G-78 Tel. 7425770 - 4200784 - 2621705
Bogotá, D.C

Talentum
Cooperativa de trabajo asociado
NIT 830.138.325-3

CERTIFICA:

Que **CASTILLO MENDIOLA DANIEL ENRIQUE** identificado con cédula de ciudadanía número **1030536760** estuvo vinculado (a) como trabajador (a) asociado (a) en la Cooperativa de Trabajo Asociado **TALENTUM**, mediante convenio de asociación a término indefinido, desde el **21 de Junio de 2011** hasta el **30 de Agosto de 2011.**

Prestó sus servicios personales, para desarrollar las labores u oficios bajo el cargo de **TERAPEUTA RESPIRATORIA,** conforme a las necesidades de la Cooperativa, en la unidad de servicios **HOSPITAL SAN JOSE.**

En constancia de lo anterior se expide a solicitud del interesado a los doce (12) días del mes de Abril del año dos mil doce (2012).

HENRY LADINO DIAZ
GERENTE GENERAL

LA DIRECTORA DE GESTIÓN HUMANA DE LA COOPERATIVA
DE TRABAJO ASOCIADO **GRUPO INTEGRAL CTA**

CERTIFICA

1. Que el (la) señor(a) **DANIEL CASTILLO MENDIOLA,** identificado(a) con cedula de ciudadanía No. **1.030.536.760,** estuvo vinculado(a) a nuestra Cooperativa en calidad de Trabajador(a) Asociado desde el **02 de Octubre de 2011** hasta el **30 de Marzo de 2012.**

2. Que prestó sus servicios como **TERAPEUTA RESPIRATORIA en:**

   - **ESENCIAL IPS S.A.S.**

Se expide la siguiente certificación con destino al interesado a los 16 días del mes de Abril de 2012.

Grupo Integral CTA
Cooperativa de Trabajo Asociado
NIT. 830.502.140 -9

LUCRECIA MARIA NAVARRO IGLESIAS

Talentum
Cooperativa de trabajo asociado
NIT 830.138.325-3

CERTIFICA:

Que **CASTILLO MENDIOLA DANIEL ENRIQUE** identificado con cédula de ciudadanía número **1030536760** estuvo vinculado (a) como trabajador (a) asociado (a) en la Cooperativa de Trabajo Asociado **TALENTUM**, mediante convenio de asociación a término indefinido, desde el **21 de Junio de 2011** hasta el **31 de Agosto de 2011.**

Prestó sus servicios personales, para desarrollar las labores u oficios bajo el cargo de **TERAPEUTA RESPIRATORIA,** conforme a las necesidades de la Cooperativa, en la unidad de servicios **HOSPITAL SAN JOSE.**

En constancia de lo anterior se expide a solicitud del interesado a los tres (3) días del mes de Julio del año dos mil catorce (2014).

HENRY LADINO DIAZ
GERENTE GENERAL

Medicall
Talento Humano

NIT 900.682.543-8

EL SUSCRITO GERENTE GENERAL DE MEDICALL TALENTO HUMANO S.A.S.

CERTIFICA:

Que **CASTILLO MENDIOLA DANIEL ENRIQUE** identificada con cédula de ciudadanía número **1030536760** labora en Medicall Talento Humano S.A.S., mediante contrato de trabajo a Término Indefinido desde el día 1 de Abril de 2014, desempenando el cargo de **TERAPEUTA RESPIRATORIA(O)**, con una remuneración mensual que se encuentra distribuída en los siguientes términos:

1. Un salario básico equivalente a la suma de : UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SETECIENTOSPesos M/cte ($1,836,700).

2. A título de auxilio no constitutivo de salario y/o factor prestacional, la suma de: CERO Pesos M/cte ($0,00).

3. Adicionalmente certificamos que el promedio de Recargos Nocturnos, Festivos, Horas Extras y bonificaciones es de SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS UN Pesos ($748.201)

La presente se expide en Bogotá, D.C. a los ONCE (11) días del mes de Julio del año DOS MIL DIECISEIS (2016). a solicitud del interesado (a).

HENRY LADINO DIAZ
GERENTE GENERAL

La presente certificación debe tener sello seco.

Carrera 67 # 4G-78 Teléfonos 7425770 - 4200784 - 2621705
Bogotá

jmartinez

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

1.030.536.760

NUMERO

CASTILLO MENDIOLA

APELLIDOS

DANIEL ENRIQUE

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-MAR-1987

MARACAIBO
(VENEZUELA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.73
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

16-MAY-2005 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1500108-45138337-M-1030536760-20050902 04797 05245B 03 200470351

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14396159316

(415)7707212489984(8020) 000001439615931 6

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

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 0 3 0 5 3 6 7 6 0	2 0 0 5 0 5 1 6

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTILLO	MENDIOLA	DANIEL	ENRIQUE

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: DG 77 B 119 A 73 AP 201 BL SALAMANCA CONJ EL POBLADO

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
daniel_castillo19@hotmail.com		4 7 4 9 5 4 6	3 0 0 2 4 3 3 7 5 3

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2
8 6 9 2	2 0 1 1 1 1 0 1	7 4 9 0	2 0 1 1 1 1 0 1		

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

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

Para uso exclusivo de la DIAN

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

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 MIRANDA ARGUMEDO CARLOS IGNACIO

985. Cargo: Gestor I

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 25-11-2016
Hora: 8:47:43 AM

CONTRIBUYENTE NIT 1030536760-0 DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA

Información General

Dirección DG 77B 119 A 73

Teléfonos 4749546-3002433753

Dirección electrónica daniel_castillo19@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 25/11/2016

Soporte Inscripción 22915783

Fecha Inicio Actividades 05/08/2016

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: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001396352

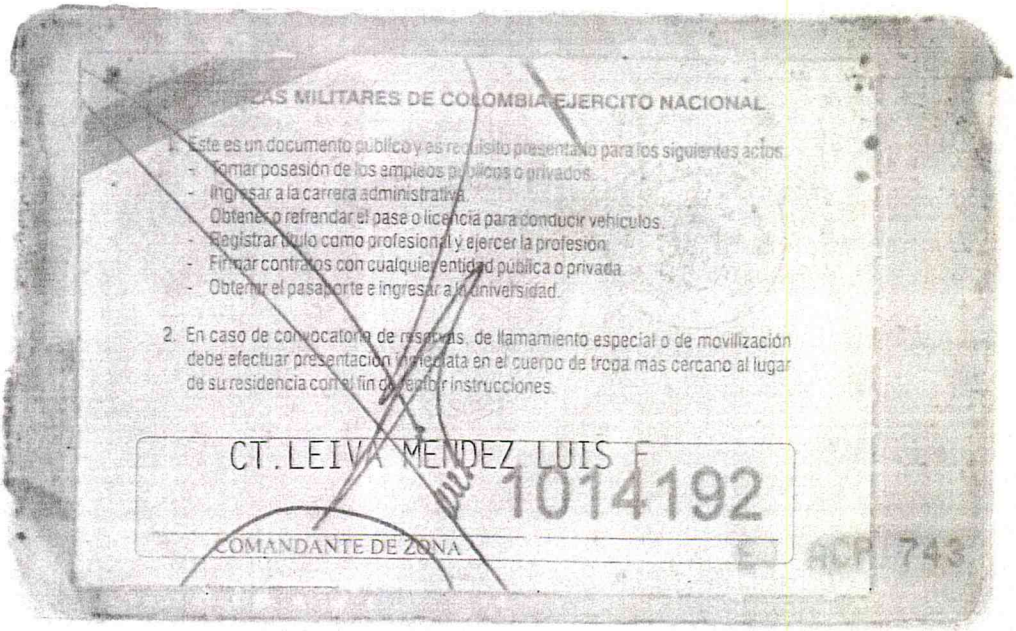
Fuente ICA TE TOCA

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 de Reservista Segunda Cla
1030536760
CASTILLO MENDIOLA
DANIEL ENRIQUE
PERTENECE AL EJERCITO DE:
1A. LINEA 2017 2A. LINEA 2027 3A. LINEA 2
DIC DIC
BACHILLER
PROFESION
22-MAR-2006



...CAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

1. Este es un documento publico y es requisito presentado para los siguientes actos:
   - Tomar posesión de los empleos públicos o privados.
   - Ingresar a la carrera administrativa.
   - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos.
   - Registrar título como profesional y ejercer la profesión.
   - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada.
   - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad.

2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

CT. LEIVA MENDEZ LUIS F
1014192
COMANDANTE DE ZONA

ACR 743



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

DANIEL ENRIQUE
CASTILLO MENDIOLA
C.C. 1030536760

TERAPEUTA RESPIRATORIO (A)

Expedicion 09/08/2011

Identica S.A.

COORDINADORA VIGILANCIA Y CONTROL DE LA OFERTA

ESTE CARNÉ ES PERSONAL E INTRANSFERIBLE
Y AUTORIZA AL PROFESIONAL PARA LABORAR
ÚNICAMENTE EN BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 6257 de 13/06/2011

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

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

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

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

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) CASTILLO MENDIOLA DANIEL ENRIQUE Identificado(a) con CC número 1030536760 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según TITULO de TERAPEUTA RESPIRATORIO (A) otorgado por LA UNIVERSIDAD MANUELA BELTRAN el día 19/05/2011 y registrado en el libro 6 Folio 107 año 2011
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 CASTILLO MENDIOLA DANIEL ENRIQUE identificado(a) con CC número 1030536760 expedida en BOGOTA D,C para ejercer la profesión de TERAPEUTA RESPIRATORIO (A) 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.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 13/06/2011

Original Firmado por:
Consuelo Peña Aponte

CONSUELO PEÑA APONTE.
Directora de Desarrollo de Servicios(E).

Reviso : Yudy Rodríguez.
Elaboro : Victor Sánchez

Bogotá, D.C_____
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) _____
CC. # _____

Firma

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 *: 1030536760

Primer Nombre *: daniel

Primer Apellido *: castillo

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2018-12-09--10:14:10 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1030536760	DANIEL	ENRIQUE	CASTILLO	MENDIOLA	Ver

Información Detallada [CC: 1030536760] DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA

2018-12-09--10:14:10 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Título*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Terapia respiratoria	2011/6/13	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).

PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO

IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

Al momento de nacer — Fecha:

PRIMER CONTROL MÉDICO

Durante el primer mes de vida — Fecha:

SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA

Edad	Fecha de cita programada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió
1 a 3 meses			
4 a 6 meses			
7 a 9 meses			
10 a 12 meses			
13 a 16 meses			
17 a 20 meses			
21 a 24 meses			
25 a 30 meses			
31 a 36 meses			
37 a 48 meses			
49 a 60 meses			
61 a 66 meses			
67 a 72 meses			
73 a 78 meses			
79 a 84 meses			
8 años (1)			
8 años (2)			
9 años			

Todos los niños deben recibir suplementos con Hierro y Vitamina A, cada 6 meses desde los 6 meses hasta los 5 años de edad, de acuerdo al protocolo de la estrategia **AIEPI**.

Edad	Fecha	Edad	Fecha
6 meses		42 meses	
12 meses		48 meses	
18 meses		54 meses	
24 meses		60 meses	
36 meses		66 meses	

En todos los niños se debe realizar toma de TSH al momento de nacer para estudio de hipotiroidismo.

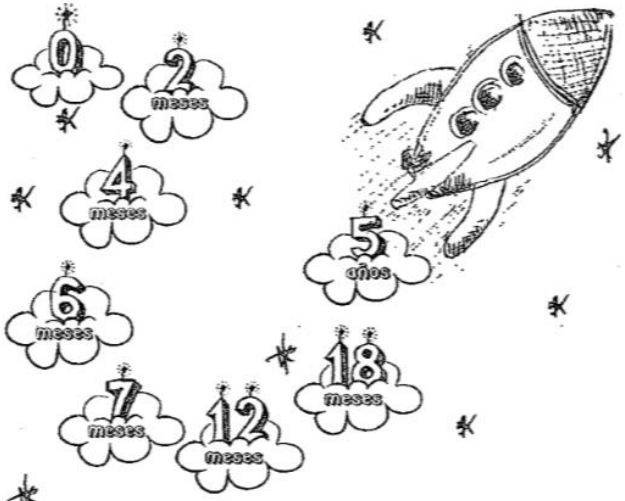
Valor reportado TSH:	
Fecha verificación:	
Profesional que verificó:	

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI — de cero a Siempre

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: Daniel Castillo
Fecha de nacimiento: _____
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: CC 1030536760
Sexo: _____
Grupo sanguíneo: _____
Peso al nacer: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Responsable: _____
Municipio de residencia: _____
Departamento: _____

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: _____ Registro Civil: _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única						
	Hepatitis B	Recién nacido						
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª						
	Rotavirus	1ª						
	Neumococo	1ª						
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª						
	Rotavirus	2ª						
	Neumococo	2ª						
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª						
	Influenza	1ª						
7 Meses	Influenza	2ª						
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª						
	Fiebre Amarilla	1ª						
	Neumococo	Refuerzo						
	Influenza	Anual						
	Hepatitis A	ÚNICA						
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1º Refuerzo						
	Polio (Oral - IM)	1º Refuerzo						
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo						
Niñas 9 Años o más	Hepatitis B	1ª	02 Agosto 2016					
		2ª	22 NOV 2016					
		3ª	25 ENE 2017					
		REF	18 DIC 2017					
Vacunas complementarias y otras dosis	DPT Acelular	1	07 Abril 2017					
	Toxoide Tetánico	2	18 Dic 2017					
		3	17 NOV. 2018	Biologyca	22080118 E			

Estas vacunas son gratuitas

Gracias Seguridad

compensar | salud

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

idime

24-E24-331068

Página N° : 1
Fecha ingreso : 17/11/2018 02:29:41 PM
Fecha impresion : 17/11/2018 11:20:44 PM

No. de Orden	:E24-331068	No. Interno	:E24-331068
Paciente	:CASTILLO MENDIOLA DANIEL ENRIQUE	Edad	:31 a 7 m 17 d
Documento Id	:1030536760	Teléfono	:006555256898
Empresa	:REVISALUD	E-Mail	:000
Sede	:LAB REFERENCIA	No. Autoriza	:0

HBSAC** ALVAROS

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia
	HORMONAS		
HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS			
HEPATITIS B AC HBS - ANTI HBS	1000	UI/L	0 - 0

Se sugiere correlacionar con historia clinica.
VALORES DE REFERENCIA:

No reactivo: Menor a 10
Reactivo: Mayor o igual a 10

CONTROL VACUNACION

Menor o igual a 10 Revacunación
10 - 100: Niveles de protección
Mayor de 100: Niveles de Inmunidad
Tecnica: Electroquimioluminiscencia

Validó: Reg 1090370467 JOHN GENEZ PEREZ

Firma:

Director Operativo Laboratorio

ROSA MARIA ALVEZ DEL VALLE REG 22999655

Para pre analiticos muestra(s) remitida(s) por cliente externo (ver empresa en el encabezado)
Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

EXAMEN DE OPTOMETRIA No. 1030536760

Fecha: 2017-12-18

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

1. INFORMACIÓN GENERAL



Empresa Usuaria:	PARTICULAR	Actividad económica:	INDEPENDIENTE
Nombre:	DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA	Documento:	1030536760
Fecha de nacimiento:	1987-03-30	Lugar de nacimiento:	MARACAIBO (VENEZUELA)
Edad:	30 años	Género:	Masculino
Dirección actual:	CRA 64 78 A 24	Municipio:	
Teléfono:	3002433753	Escolaridad:	Secundaria_completa
Ocupación:	TERAPEUTA RESPIRATORIO	EPS:	Sanitas
Responsable:	CARMEN MENDIOLA (MADRE)	Teléfono:	4749546
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		

2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES - FAMILIARES DE IMPORTANCIA VISUAL Y OCULAR (P=Positivo, N=Negativo)

	Per.	Fam.		Per.	Fam.		Per.	Fam.		Per.	Fam.
1. Congénitos	N	N	4. Musculares	N	N	7. Autoinmunes	N	N	10. Cáncer	N	N
2. Quirurgicos	N	N	5. Tóxicos o alérgicos	N	N	8. Cardiovasculares	N	N	11. Tiroides	N	N
3. Traumáticos	N	N	6. Dermatológicos	N	N	9. Metabólicos	N	N	12. Otros	N	N

Antecedentes patológicos personales: ASMA CONTROLADA, ALERGIAS A TRIMETROPIN SULFA Y PENICILINA
No refiere antecedentes patológicos familiares.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES - OCULARES Y VISUALES (P=Positivo, N=Negativo)

1. Congénitos	N	5. Patologías de los párpados	N	9. Patologías del iris	N	13. Patologías musculares	N
2. Quirúrgicos	N	6. Patologías de la conjuntiva	N	10. Patologías del cristalino	N	14. Patologías de la visión	N
3. Traumáticos	N	7. Patologías de la córnea	N	11. Patologías de la retina	N	15. Glaucoma	N
4. Infecciosas	N	8. Patologías cámara anterior	N	12. Patologías aparato lagrimal	N	16. Otras Patologías	N

Ampliación de antecedentes patológicos oculares y visuales: No refiere ningún antecedente de importancia de patología ocular o visual.

ANTECEDENTES PERSONALES SOBRE EL USO DE LENTES

Usa actualmente lentes?	No	Desde qué edad usa lentes?	0
Tipo de lentes		Frecuencia de uso	
Último cambio de lentes?		Trae los lentes al exámen?	No aplica

Ampliación de información
ULTIMO CONTROL 1 AÑO, BUENA AGUDEZA VISUAL

3. ANTECEDENTES DE EXPOSICION OCUPACIONAL DE IMPORTANCIA VISUAL

Ocupación(Ocup)-Factores de riesgo(Fr)-Tiempo de Exposición(Te)-Protección ocular(PO)

No refiere ningún antecedente de exposición ocupacional de importancia visual

4. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OCUPACIONALES

Area afectada (AA) - Tipo de lesión (TL) - Tiempo en años (TO) - Secuelas (Sec)

No refiere ningún antecedente patológico ocupacional.

5. REVISION DE SINTOMATOLOGIA OCULAR O VISUAL ACTUAL

No refiere ninguna sintomatología de enfermedad ocular o visual actualmente.

6. EVALUACION DE LA VISION Y LOS OJOS

VISIÓN LEJANA				VISIÓN CERCANA			
	Sin lentes	Con lentes	Agujero estenopeico		Sin lentes	Con lentes	Agujero estenopeico
Ojo derecho	20/20			Ojo derecho	0.50 m		
Ojo izquierdo	20/20			Ojo izquierdo	0.50 m		
Ambos ojos	20/20		No aplica	Ambos ojos	0.50 m		No aplica

Ampliación de hallazgos

La agudeza visual para cerca y lejos (monocular y binocularmente) está dentro de parámetros normales.

EXAMEN FISICO DE LOS OJOS Y ANEXOS (N=Normal, A=Anormal)

Cejas	N	Conjuntiva tarsal	N	Pupilas	N	Papila óptica	N
Pestañas	N	Conjuntiva bulbar	N	Cristalino	N	Mácula	N
Párpados	N	Córnea	N	Humor vitreo	N	Vasos sanguíneos	N
Aparato lagrimal	N	Cámara anterior	N	Retina	N	Coroides y Esclera	N
Órbita	N	Iris	N				

Ampliación de hallazgos:
El examen físico de los ojos está dentro de parámetros normales.

LENSOMETRIA

	Esfera	Cilindro	Eje	Ampliación de hallazgos
Ojo derecho				NO APLICA
Ojo izquierdo				
ADICION				

EXAMEN DEL PARALELISMO Y LA MOTILIDAD OCULAR (N=Normal, A=Anormal)

Reflejo de Hirschberg sin lentes	N	Cover test visión lejana sin lentes	N	Ducciones ojo derecho	N
Reflejo de Hirschberg con lentes	N	Cover test visión lejana con lentes	N	Ducciones ojo izquierdo	N
Versiones ojo derecho	N	Cover test visión cercana sin lentes	N	Punto próximo de convergencia con objeto real	N
Punto próximo de convergencia con luz	N	Cover test visión cercana con lentes	N	Versiones ojo izquierdo	N

Ampliación de hallazgos:
Las pruebas realizadas para evaluar el paralelismo, la motilidad ocular y la convergencia son normales.

QUERATOMETRIA
Ojo derecho: 44.00 / X 0 grados
Ojo izquierdo: 44.00 / X 0 grados
Anotaciones acerca de los resultados:
NO APLICA

REFRACCION
Tipo de retinoscopia realizada: Estática

	Esfera	Cilindro	Eje	Agudeza visual
Ojo derecho	Neutro			20/20
Ojo izquierdo	Neutro			20/20

SUBJETIVO

	Esfera	Cilindro	Eje	Agudeza visual
Ojo derecho	Neutro			20/20
Ojo izquierdo	Neutro			20/20

Visión cromática: Policromacia Normal
Estereopsis: 40 seg/arco

Ampliación de hallazgos:

7. CORRECCION OPTICA RECOMENDADA

	Esfera	Cilindro	Eje	AVL	AVC
Ojo derecho	Neutro			20/20	0.50 m
Ojo izquierdo	Neutro			20/20	0.50 m
Adición					

- Distancia pupilar: NO APLICA
- Distancia nasopupilar ojo derecho: NO APLICA
- Distancia nasopupilar ojo izquierdo: NO APLICA
- Altura bifocal: NO APLICA
- Filtro/Tratamiento: NO APLICA
- Material de los lentes: NO APLICA
- Uso recomendado de los lentes:
- Tipo de lentes recomendado: NO APLICA
- Remisiï¿½n a la EPS: NO REQUIERE REMISION
- Control en la fecha: 2018-12-18 (AAAA-MM-DD)

8. DIAGNOSTICOS

Z010 - Exámen de ojos y de la visión

9. CONCLUSIONES DEL EXAMEN OPTOMETRICO
Su capacidad visual actual es adecuada

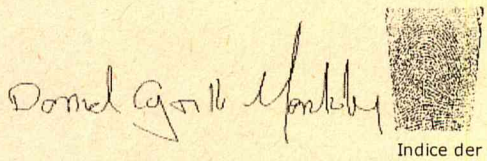
10. RECOMENDACIONES
Cuando trabaje con pantallas de video terminales, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones: Parpadee cada 5 segundos o cada vez que lo recuerde; Aproximadamente cada 20 minutos de trabajo con el computador dirija su mirada a un punto lejano (6 metros); Cada 3 horas de trabajo en computador, cierre los ojos suavemente e imagine una visión panorámica, como el mar, durante un minuto; Sitúese siempre a por lo menos 40 cms. de la pantalla de videoterminal y evite reflejos molestos;

Procure que el puesto de trabajo tenga adecuadas condiciones de iluminación, acorde con las exigencias del oficio.

-Control optométrico anual

11. OBSERVACIONES FINALES
Su capacidad visual actual es adecuada

OSCAR LEONARDO ANGULO FULA
Optometra
Universidad San Martín
Res.5927 de 26/06/2007
Esp.Salud Ocupacional
U. Manuela Beltran
Res.25-292 de 2015



Indice der

DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA
Documento: 1030536760

Escanee el código si desea verificar datos

Impreso por: alejandra.gomez
Fecha: 2017-12-18 Hora: 11:33

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2017-11-23

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	INDEPENDIENTE	Actividad económica:	SECTOR SERVICIOS PROFESIONALES
Nombre:	DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA	Documento:	CC 1030536760
Fecha de nacimiento:	1987-03-30	Lugar de nacimiento:	MARACAIBO (VENEZUELA)
Edad:	30 años	Género:	Masculino
Estado civil:	Union_libre	No. hijos vivos:	1
Dirección actual:	CRA 64 NO 78A-24	Municipio:	BOGOTA, D.C.
Teléfono:	3002433753	Escolaridad:	Universitario_completo
Ocupación:	TERAPEUTA RESPIRATORIO	EPS:	Sanitas
AFP:	Colpensiones	ARL:	Bolivar
Responsable**:	GINA PAOLA BETANCURT (ESPOSA)	Teléfono:	3004476074
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: NO REALIZADA.
Audiometría: NO REALIZADA.
Espirometría computarizada: NO REALIZADA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

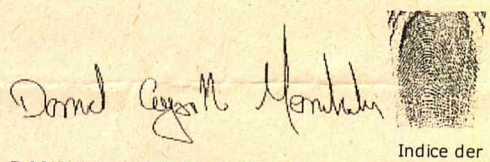
De acuerdo al examen ocupacional realizado a DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA con documento de identificación No. 1030536760 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de TERAPEUTA RESPIRATORIO del sector económico SECTOR SERVICIOS PROFESIONALES

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

JUAN PABLO GALEANO LIZARAZO
Medico Cirujano
Universidad Industrial Santander
Res.0099 Enero 2002
U.Colegio Mayor de Cundimarca
Esp. Gerencia Salud Ocupacional
Res. 1066-28-01-2015



Indice der
DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA
Documento: 1030536760

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por: yenny.tellez
Fecha: 2017-11-23 Hora: 08:25

J. J. STOLTENBERG
JANUARY 1964

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:

DANIEL CASTILLO M.

C.C.: 1030536760

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 Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

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

EMERGENCIAS SEGURIDAD
Y SOPORTE ESS SAS
NIT. 900.033.292-0

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

Certifica que:

DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA

C.C.: 1030536760

En representación de:

MEDICALL TALENTO HUMANO

Quién participó en el entrenamiento práctico de:

Capacitación Integral de brigadas de emergencias
Con una Intensidad Horaria de **8** *horas,*
Realizada en la Ciudad de Bogotá, Noviembre 03 de 2016

ESS SAS. Santiago Aristizabal M. – Gerente General

3108748024
226 1579 - 520 2113 - 271 1361
contacto@emergencyess.com
Cra. 58C # 128B - 58
Bogotá Colombia

emergencyess
emergencyess.com

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:

DANIEL CASTILLO M.

C.C.: 1030536760

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 Díaz
Profesional Especializado Talento Humano
Subred Integrada de
Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

EDUCANDO

LIFE SUPPORT NIT 900832159-7

CERTIFICA QUE:

DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA

C.C. 1030536760

ASISTIO Y APROBO a satisfacción el curso Teórico Práctico de **SOPORTE VITAL AVANZADO Y BÁSICO.** Con una intensidad de 48 Horas, conforme a lo estipulado en la Resolución 2003 de 2014, y las Guías **AHA** 2015, y 2017 para ADVANCE CARDIOLOGY LIFE SUPPORT.

De acuerdo a lo establecido en el Decreto 2888/07, Min Educación, Resolución 2003/14 Min. Protección
Esta certificación tiene una validez de 2 Años, a partir de la fecha de expedición, según la ley Colombiana, y se expide en Tunja el 3 de diciembre de 2018.

Si requiere verificación escribanos avellafrench@yahoo.es

JUAN PABLO AVELLA FRENCH
GERENTE EDUCANDO LIFE SUPPORT

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

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

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

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA:	2018-12-17	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	Bogota

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

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

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
Castillo	Mendiola	Daniel	Enrique		

TIPO DE IDENTIFICACION				No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1.030.536.760	Bogota/Bogota	20005/05/16
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	C			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐	☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1987-03-30	Maracaibo/venezuela	Venezuela	Venezolano/Colombiano

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☒ VIUDO(A) ☐	1	1	3002433753

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Carrera 64# 78 A 24	Bogota	Bogota	Colombia	2310913

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
daniel_castillo19@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
Ordoñez	Betancourt	Gina	Paola

TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒	C.E. ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	1.015.398.659	Bogota	2005-03-23
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL:			ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐	NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

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

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

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

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

FUNCIONARIO PUBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		#NIT
GOBIERNO ☐ SERVICIOS SALUD ☒		9.009.590.517

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

DIRECION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Carrera 14b # 1-45 sura	3282828	Bogota	Bogota	Colombia

CARGO ACTUAL	Terapeuta Respiratorio	FECHA VINCULACION	2016-08-01

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION	TIPO SOCIEDAD
		8692	Terapeuta Respiratorio		

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	$ 600.000	AHORROS	$ 2.400.000	SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	$ 33.696.000	ARRIENDOS	$ 250.000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	$ 10.000.000
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	$ 400.000	VEHICULOS	$ 37.000.000	DEUDA VEHICULOS	$ 30.600.000
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	$ 325.000	PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*	$ 2.400.000	OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	$ 33.696.000	TOTAL EGRESOS	$ 1.575.000	TOTAL ACTIVOS	$ 41.800.000	TOTAL PASIVOS	$ 40.600.000

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

6. REFERENCIAS PERSONALES

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Morales	Pirakun	Marcela	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
Carrera 20este # 8a 03 sur	Bogota/Colombia	Amiga	2800048/3505694455

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Banco Davivienda	Cuenta de Ahorros	0559-6038600754381	20 de Julio	

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

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS

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

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

Gestion de Servicios Como Terapeuta Respiratorio

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

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

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

CONSIDERACIONES

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

AUTORIZACION

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

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

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.
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 Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mi.

8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfiera, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán : a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, telefono 344 44 84 , e-mail sarlaft@subredcentrooriente.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. ***(INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO)***.

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

NOTA: Se desea ampliar esta 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

Daniel Enrique Cyril Mendoza

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:		

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

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1030536760
NOMBRES Y APELLIDOS	Castillo Mendiola,Daniel Enrique
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/10/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Castillo Mendiola,Daniel Enrique, a los 09 días del mes de diciembre del año 2018.

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



Yisseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **1030536760,** se encuentra afiliado (a) desde **01/05/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES				
Novedad	Código Entidad	Entidad Definitiva	Fecha	MultivinculaciónDecreto 3995/2008
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/05/2016	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de diciembre de 2018.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

1030536760	Seguros bolivar
Numero de Documento	ARL

Daniel	Enrique	Castillo	Mnediola
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

30/03/87	Maracaibo / venezuela	Cra 64# 78a 64	2310913
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Sanitas	Colpensiones	$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Terapeuta Respiratorio	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

daniel_castillo19@hotmail.com	3002433753
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado

MAARIA ESNEDA ROCHA GAONA
Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 41920114


Afiliación trabajador
Compania de Seguros Bolivar S.A. [CO] | https://arl.segurosbolivar.com/wps/portal/consultas/consulta_publica_arl/afiliacion_trabajador
En pausa
CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR
Por favor ingrese la información solicitada.
* Campos obligatorios
La persona identificada con CC-1030536760 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar
Tipo de Documento *
Número de Documento *
kf5kf
Confirmar imagen *
CONSULTAR
¿Quieres Office 365?
Hazte con él con esta irresistible oferta
www.softonic.com
Office
9:14 a. m.
11/12/2018

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 120311758

WEB
10:31:05

Bogotá DC, 10 de enero del 2019

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1030536760:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 09 de diciembre de 2018, a las 22:44:28, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1030536760
Código de Verificación	1030536760181209224428

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

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

Soraya Vargas P.

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2597910

Bogotá D.C., 9 de Diciembre de 2018 - 22:51 pm

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

CERTIFICA

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

1030536760

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_W3P4J_5122
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:57:20 horas del 07/01/2019, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1030536760**

Apellidos y Nombres: **CASTILLO MENDIOLA DANIEL ENRIQUE**

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.

Volver al Inicio

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.

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA D.C., **11/12/2018**
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DANIEL ENRIQUE CASTILLO MENDIOLA** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1030536760**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**0550008400754381**
Saldo a la fecha	**1,085,074.17 Pesos**
Fecha de apertura	**07/09/2016**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA