E.S.E.
Cartagena de Indias D.T. y C.
Salud para todos
Cartagena Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE D.T.C.H
APOYO – GESTIÓN TALENTO HUMANO
FORMATO LISTA DE CHEQUEO INGRESO PERSONAL OPS

CÓDIGO: AP-GTH-F-013
VERSIÓN: 06
FECHA: 2018-10-02

A. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

PROCESO SOLICITANTE:	Enfermeria	FOLIA	Nº FOLIOS
NOMBRE DEL CANDIDATO	Jose Luis Vera Ramirez	DOCUMENTO:	1016071059
TELEFONO		ACTIVIDAD SOLICITADA:	

NINGUNA PERSONA SE ENCUENTRA AUTORIZADA PARA INICIAR ACTIVIDADES SIN HABER SUSCRITO PREVIAMENTE EL CONTRATO (FIRMA DE LAS DOS PARTES).

TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DEBEN SER PRESENTADOS EN FISICO

B. DOCUMENTOS DE LA ENTIDAD PARA SOLICITUD DEL CONTRATO

	NECESIDAD DE PERSONAL OPS			
	SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL			
	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	SI ☐	NO ☐	

C. DOCUMENTOS PERSONALES PARA ELABORACIÓN DEL CONTRATO

1	FOTO FONDO BLANCO, PARA CARNÉ, GUARDADA EN MEDIO MAGNÉTICO CON FORMATO .JPG	SI ☑		
2	SOPORTE INSCRIPCIÓN SECOP II (REQUERIDO EN CIRCULAR EXTERNA No 23 de 16/03/2017)	SI ☑		
3	FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP) - (DEL FUNCIONARIO - IMPRESO Y FIRMADO)	SI ☑		
4	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTA (SIDEAP) - Firmado y con fecha (Ley 190 de 1995)	SI ☑		
5	DIPLOMAS ACADÉMICOS	SI ☑	N/A ☐	
6	ACTAS DE GRADO DE CADA TÍTULO ACADÉMICO	SI ☑	N/A ☐	
7	CERTIFICACIONES DE CURSOS FORMALES E INFORMALES	SI ☑	N/A ☐	
8	SI ES TÍTULO DEL EXTRANJERO, RESOLUCIÓN DE CONVALIDACIÓN OBTENIDO ANTE MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL / ICFES. (Res. 10450 del 15 de mayo de 2015)	SI ☐	N/A ☑	
9	FORMATO AUTORIZACIÓN CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE (Cartón, Tarjetón, Pre-graduado)	SI ☑	N/A ☐	
10	CERTIFICADOS LABORALES REGISTRADOS EN FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA (SIDEAP)	SI ☑	N/A ☐	
11	FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA AMPLIADA AL 150%	SI ☑		
12	REGISTRO ÚNICO TRIBUTARIO – RUT (COINCIDIR CON LA ACTIVIDAD DEL RITE): CÓDIGO CIIU 8692	SI ☑		
13	REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA – RIT	SI ☑		
14	LIBRETA MILITAR (Hombres)	SI ☑	N/A ☐	
15	TARJETA PROFESIONAL	SI ☑	N/A ☐	
16	RESOLUCIÓN EXPEDIDA POR SECRETARIA DE SALUD (DISTRITAL O DEPARTAMENTAL) – (Presentación Solud)	SI ☑	N/A ☐	
17	CERTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN REPS (Personal de salud)	SI ☑	N/A ☐	
18	ANTECEDENTES ÉTICO PROFESIONALES DISCIPLINARIOS (Medicina, Enfermería, Odontología, Derecho, Ingenierías, Contaduría, Administración)	SI ☐	N/A ☑	
19	CARNÉ DE VACUNAS DE HEPATITIS B (Personal Asistencial) Adjuntar copia legible vigente (- 1ra y 2da dr. vigencia) VIG. O TITULACIÓN (escritura)	SI ☑	N/A ☐	
20	EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO (Vigencia no mayor a 6 mes - Res. 723/2013)	SI ☑		
21	CERTIFICADO ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS EN VIOLENCIA SEXUAL - (RESOLUCIÓN No 0000003 de 2414) (Personal Asistencial, Dirección, Hospitalización y Consulta Externa)	SI ☑	N/A ☐	
22	CARNÉ DE RADIOPROTECCIÓN (Personal expuesto a Radiaciones Ionizantes) - Vigente 4 años	SI ☐	N/A ☑	
23	CERTIFICADO DE FORMACIÓN EN TOMA DE CITOLOGÍA (Medico, Enfermera, Bacteriologo), Citohistotecnologo, Histocitotecnologo) Resolución 0000 de 2014	SI ☐	N/A ☑	
24	CERTIFICADO SOPORTE VITAL BÁSICO (Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar Ambulatorios)	SI ☑	N/A ☐	
25	CERTIFICADO SOPORTE VITAL AVANZADO (Médicos Urgencias, Atención ambulatoria SPA, salud mental) y personal APH)	SI ☐	N/A ☑	
26	CERTIFICADO PRIMEROS AUXILIOS (Conductores de Ambulancia - Camilleros)	SI ☐	N/A ☑	
27	LICENCIA DE CONDUCCIÓN (Conductores)	SI ☐	N/A ☑	
28	ESTADO DE MULTAS (Conductores administrativos y ambulancia)	SI ☐	N/A ☑	
29	FORMULARIO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL (SAGLAFT) - Completamente diligenciado - Impreso y Firmado con Huella	SI ☑		
30	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A EPS - (COMO COTIZANTE) - NOMBRE: ... comprar	SI ☑		
31	CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A FONDO DE PENSIÓN NOMBRE: ... Proteccion	SI ☑		
32	FORMULARIO DE AFILIACIÓN A ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES (FORMATO ÚNICO SUBRED CENTRO ORIENTE- NOMBRE: Positiva	SI ☑		
33	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES – PROCURADURÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑		
34	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES FISCALES - CONTRALORÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑		
35	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS - PERSONERÍA (vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑		
36	CERTIFICADO DE ANTECEDENTES JUDICIALES - POLICÍA (Vigencia no mayor a 3 meses)	SI ☑		
37	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Debe contener nombre y tipo de Documento, Nº de documento y Nº de cuenta)	SI ☑		

D. VERIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

V°B° Responsable Talento Humano		Fecha:	
V°B° Dirección Talento Humano		Fecha:	

Colombia Compra Eficiente

Trabajar por proceso | Mundo

Escritorio

UTC -5 3:37:50

Código externo del usuario:
JOSE LUIS VERA RAMIREZ
CAT:

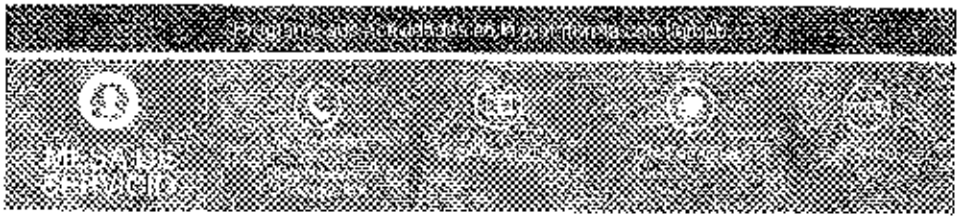
Ir a Lee: 2018(01-5) 3:37:50

Ayuda

Salir

Sugerencias SECOP

Colombia Compra Eficiente no tiene programados a la fecha mantenimientos preventivos al **SECOP II.**



Registro

Opciones de registro en SECOP II

Para registrar una Entidad Estatal comuníquese con la Mesa de Servicio del SECOP.

para comenzar a trabajar con la plataforma SECOP por favor, díganos donde trabaja.

Opciones de registro

- Solicitud de registro como usuario de una Entidad Estatal / Proveedor (envío de solicitud)
- Registro de un Proveedor (inscripción)

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: 19-ene-2010

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
VERA	RAMIREZ	JOSE LUIS

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1016020570

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 1016020570 D.M 3

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 1 MES SET AÑO 1989

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Av Cra 80 # 38a30 sur bloque 69 Int 1 apto 302

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4787880

EMAIL j_luis0904@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 8o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO* Bachiller academico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11° X	MES DICIEMBRE AÑO 2007

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*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
TC	3	X		Auxiliar de Enfermeria	7	2011	1016020570

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* R	B	MB	*LO LEE* R	B	MB	*LO ESCRIBE* 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

Última Actualización: 18-ene-2019

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: MEDIRI		PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: atencionalusuario@mediri.cnpa.co	
TELÉFONOS: 6930520	FECHA DE INGRESO: DIA 17 MES 7 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: UCI		DIRECCIÓN: CALLE 24 # 29-45	

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD: HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE SAN JOSE		PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: j_luis0904@hotmail.com	
TELÉFONOS: 6911440	FECHA DE INGRESO: DIA 16 MES 3 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO: DIA 29 MES 6 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: UCI		DIRECCIÓN: CRA 21 # 86 A 34	

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD: FRESENIUS MEDICAL CARE		PÚBLICA:	PRIVADA: X	PAÍS: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	MUNICIPIO: Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD: analista.nomina@fmc-ag.com	
TELÉFONOS: 2941400	FECHA DE INGRESO: DIA 17 MES 6 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO: DIA 8 MES 1 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA: UCI		DIRECCIÓN: CRA 7 N 156-10 PISO 26	

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: 18-ene-2015

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
CLINICA MIOCARDIO		X	Colombia

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	adireccion@clinicamiocardio.com

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO	FECHA DE RETIRO
2095042	DIA 1 MES 3 AÑO 2012	DIA 3 MES 5 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	UCI	CRA 45 # 94 71

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	0	0
PRIVADO	6	6
PARTICULAR	0	0
TOTAL	6	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento Bogotá, febrero 03 de 19

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.

SIDEAP

Última Actualización: 18-ene-2018

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Bogotá 18/Enero/2019

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

Ultima Actualización: 18-ene-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JOSE LUIS VERA RAMIREZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1016020570 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Av Cra 80 # 36a30 sur bloque 69 int 1 aplo 302 **Teléfonos** 3502997158 4787880

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
luis angel vera aroca	5967017	PADRE
jose luis vera muñoz	1141340756	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	$ 11.940.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 6.000.000,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 17.940.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
BANCOLOMBIA	AHORROS	15481597258	CENTRO MAYOR	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
OTRO	0	$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO AV VILLAS	CREDITO EDUCATIVO	$ 40.000.000,00

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Ultimo Actualización: 18-ene-2019

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO
NO	NO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO
NO	NO

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 ECONÓMICA 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
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ACTIVA

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 18-ene-2019

CIUDAD Y FECHA

La República de Colombia

y en su nombre el

POLITÉCNICO MAYOR ANDINO

Aprobado por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.
según Resolución No. 5076 del 30 de Noviembre de 1.999
y Resolución No. 770 del 26 de Febrero de 1.999

Confiere a:

Vera Ramírez José Luis

C.C. 1.016.029.579 de Bogotá D.C.

El Título de:

BACHILLER ACADÉMICO

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes
(Artículo 28 Ley 115 de 1994)

POLITECNICO MAYOR ANDINO

Diploma Registrado al Folio 86 del libro para Control Interno de Diplomas No. 27

Dado en Bogotá D.C. el 30 de Diciembre de 2005

M. Registro Registro de la Secretaría de Educación
según Resolución 3912 del 6 de Mayo de 1999 y 4550 del 5
de Diciembre de 2001 del Ministerio Nacional

AUTENTICAR EN LA NOTARIA 29

República de Colombia

Centro de Capacitación

Cefap de la Caracas

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Acuerdo No. 13 del 12 de Diciembre de 1995 del Ministerio de Salud
Registro Renovado No. 0410 del 13 de Noviembre de 2008 del Ministerio de Protección Social.
Resolución No. 1460 del 22 de Mayo de 1996, Registro Renovado No. 130110 del 1 de Diciembre de 2009
de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

Otorga el Certificado de

Aptitud Ocupacional por Competencias

A:

José Luis Hernández

Identificado(a) con C.C. No. 1.016.020.570 Expedida en Bogotá, D.C.

Quien Cursó y Aprobó el Programa de

Técnico Laboral

Auxiliar En Enfermería

Con duración de 1800 horas

Dado en Bogotá, D.C. a 11 de Diciembre de 2011

Directora

Secretaria

Registro Libro 1 Folio 069 Año 32

Reconocimiento Según Resolución 3322 Año 9/2006
Resolución No. 003902 Del 25/2010

Acta de Grado

POLITÉCNICO MAYOR ANDINO
Educación Formal para Adultos
Resoluciones No. 770 del 26 de Febrero de 1999 y No. 3054 del 30 de Septiembre de 1999
República de Colombia Bogotá D.C.
Sede Fontibón.

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO XX PROMOCIÓN DE BACHILLERES ACADÉMICOS

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los veinte (20) días del mes de Diciembre de dos mil ocho (2008), se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, acto que presidió la Señora Rectora, en presencia del Señor Secretario Académico en la Rectoría del **POLITECNICO MAYOR ANDINO**, Institución aprobada y autorizada por la Secretaría de Educación de Bogotá D.C., para otorgar el Título de **BACHILLER ACADÉMICO**, según Resolución No. 770 del 26 de Febrero de 1999 y 3054 del 30 de Septiembre de 1999.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el Título de **BACHILLER ACADÉMICO**, al graduando cuyos nombres, apellidos, y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

JOSÉ LUIS VERA RAMÍREZ
C.C. 1.016.020.570 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original General No. 020 de 20 de Diciembre de 2008, que consta de 87 estudiantes, comienza con el nombre de **ALFONSO PLAZAS LINA ALEXANDRA** con documento de identidad No. 910319-63678 de Armenia y cierra con el nombre de **VERA RAMÍREZ JOSÉ LUÍS** con documento de identidad No. 1.016.020.570 de Bogotá D.C. firmada y sellada por **CLAUDIA R. CUBILLOS O.** (Rectora), y **FLORIAN PALACIOS RUBIANO** (Secretario Académico).

Dada en Bogotá D.C., a los Veinte (20) días del mes de Diciembre del año 2008.

No requiere registro de la Secretaría de Educación según, Decretos 921 del 6 de Mayo de 1994 y 2150 del 6 de Diciembre de 1995; del Ministerio de Educación Nacional.

Firmado y sellado.

CLAUDIA R. CUBILLOS O.
Rectora

FLORIAN PALACIOS RUBIANO
Secretario Académico

Sede Académica Calle 17 A No. 100 - 73 Tel: 4133702 - 4134585

FISE 2129865 - 4121672

CENTRO DE CAPACITACIÓN CEFAP DE LA CARACAS

PROGRAMA DE FORMACIÓN DE AUXILIARES EN ENFERMERIA
APROBACIÓN OFICIAL

Acuerdo 013 de Diciembre 02 de 1999 Ministerio de salud Registro Renovado
No 0410 de Noviembre 10 de 2009 del Ministerio de Protección Social.
Resolución 1480 de Mayo 22 de 1998 Secretaría de Educación - Registro Renovado
No 130130 de Diciembre 01 de 2009 de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá

ACTA INDIVIDUAL

Las Suscritas Directora y Secretaria de **CEFAP DE LA CARACAS – EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO.**

CERTIFICAN:

Que en el libro de Actas No ___1___ Folio No. ___069___ se halla inscrita la presente **Acta No.** ___32___.

En la ciudad de Bogotá D.C. República de Colombia el día ___11___ del mes de Diciembre de ___2011___ se celebro sesión solemne y pública bajo la Dirección de **Efigenia Molano de Guerrero** y actuando como Secretaria **Doris Patricia Guerrero Molano**, con el objeto de otorgar el certificado a los estudiantes aspirantes a ello.

Comprobado el cumplimiento de todos los requisitos legales y los establecidos en el Reglamento General del Centro, La Directora y Secretaria otorgaron el Certificado de:

TÉCNICO LABORAL DE AUXILIAR EN ENFERMERÍA
Con una Intensidad de 1800 Horas

A:

VERA RAMIREZ JOSÉ LUIS C.C. No 1.015.020.170 DE BOGOTA D.C.

Se tomo juramento y se comprometió a cumplir con los deberes propios del ejercicio como Auxiliar en Enfermería y a mantener irrestricta lealtad a Cefap de la Caracas.

Para constancia se expide y firma la presente Acta, valida para todos los efectos correspondientes.

Es fiel copia tomada a los ___1___ días del mes de Diciembre de ___2011___ del Acta General No. ___32___ que comienza con el nombre de Agudelo Diaz Leidy Paola y termina con el nombre de Villarreal Galindo Paola.

EFIGENIA MOLANO DE GUERRERO
Directora

DORIS PATRICIA GUERRERO MOLANO
Secretaria

CEFAP
DE LA CARACAS

Acuerdo No. 013 del 12 de Diciembre de 1995 del Ministerio de Salud,
Registro Renovado No. 0410 del 13 de Noviembre de 2009 del Ministerio de Protección Social.
Resolución No. 1450 de Mayo 22 de 1995, Registro Renovado 130110 del 1 de Diciembre de 2009
de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.
Reconocimiento Sena Resolución No. 3383 de Noviembre 9 de 2006, Renovación 3892 del 23/2010

PROGRAMA DE AUXILIAR EN ENFERMERIA

CERTIFICA QUE:

José Luis Vera Ramírez

C.C. 1.016.020.570 de Bogotá D.C.

Asistió al Seminario de Capacitación en

CUIDADOS INTENSIVOS

Con una intensidad de 40 horas

CENTRO DE CAPACITACION CEFAP DE LA CARACAS DIRECCION

EUGENIA MOLANO DE GUERRERO
Directora General

JESUS GALVAN DORIA
Coordinador Académico

CENTRO DE CAPACITACION CEFAP DE LA CARACAS SECRETARIA

DORIS PATRICIA GUERRERO
Secretaria

Dado en Bogotá, D.C. a los *11* días del mes de *Diciembre* de *2011*

Bogotá D.C

Señores:

Cefap de la Caracas

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, José Luis Vera Ramírez 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:

Auxiliar de Enfermería

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma José Luis Vera Ramírez

No. de documento: 1016020570

Tarjeta profesional No: 1016020570

Dirección de contacto: Av Cra 80 # 36a 30 Sur

Teléfono: 3502997158

CLÍNICA MIOCARDIO

NIT 900.328.323 - 8

CERTIFICA

Que el (a) señor (a): **JOSE LUIS VERA RAMIREZ,** identificado (a) con cedula de ciudadanía **1.016.020.570,** laboro en nuestra empresa, por el periodo comprendido entre el 01 de Marzo de 2012 al 03 de Mayo de 2015 desempeñando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA.**

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá, D.C, a los 19 de Mayo de 2015.

Cordialmente,

GLORIA ESPERANZA GRAJALES GARCIA
Directora Talento Humano
MIOCARDIO SAS

Sede Sur: Carrera 12 N° 38 – 44 Sur Segundo Piso
Sede NORTE: AV 19 N° 134 A 21 CONSUL
CONMUTADOR 308 8042

OUTSOURCING Y TEMPORALES S.A.S.
NIT. 830.091.033-3

HACE CONSTAR

Que el trabajador, cuyos datos se relacionan a continuación, labora en nuestra empresa, mediante contrato de trabajo suscrito en los siguientes términos:

Nombre del trabajador: **VERA RAMIREZ JOSE LUIS**

Número del documento de identificación: 1.016.020.570

Fecha de vinculaciones:

03/01/2014 hasta 28/02/2014
21/05/2014 hasta 03/09/2014
16/03/2017 a la fecha Vigente

Tipo de contrato: Obra o Labor

Empresa Usuaria: UCI San Jose Infantil

Salario Básico $ 739.984
Aux Alimentación $ 260.937

Dado en Bogotá D.C el 28 de Junio de 2017 ,Con destino al Banco Av Villas.

Atentamente,

SORAIDA PINEDA VALENCIA
Directora Operativa.

FRESENIUS MEDICAL CARE

Fresenius Medical Care Colombia S.A.

Fresenius Medical Care
Colombia S.A.
Talento Humano
Carrera 7 N° 156 – 10 piso 26
www.fmc-ag.com
Ana María Echeverría
Analista.nomina@fmc-ag.com

FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A.

CERTIFICA:

Que **VERA RAMIREZ JOSE LUIS** quien se identifica con la cedula de ciudadanía No. **1018020870** laboro en nuestra compañía, FRESENIUS MEDICAL CARE COL. S.A., desde el 17 de junio de 2015 hasta el 8 de enero de 2017.

Su vinculación fue mediante un contrato a TERMINO INDEFINIDO.

El último cargo desempeñado fue: AUXILIAR DE ENFERMERIA FMEXPRESS

Atendidas las disposiciones legales del Decreto 2852, el motivo de Retiro fue por decisión unilateral por parte del Trabajador.

Se expide la presente certificación en Bogotá, D.C., el 17 de Enero de 2017.

Cordialmente,

EDGARDO FERNANDEZ CASTELLANOS
COORDINADOR DE NOMINA

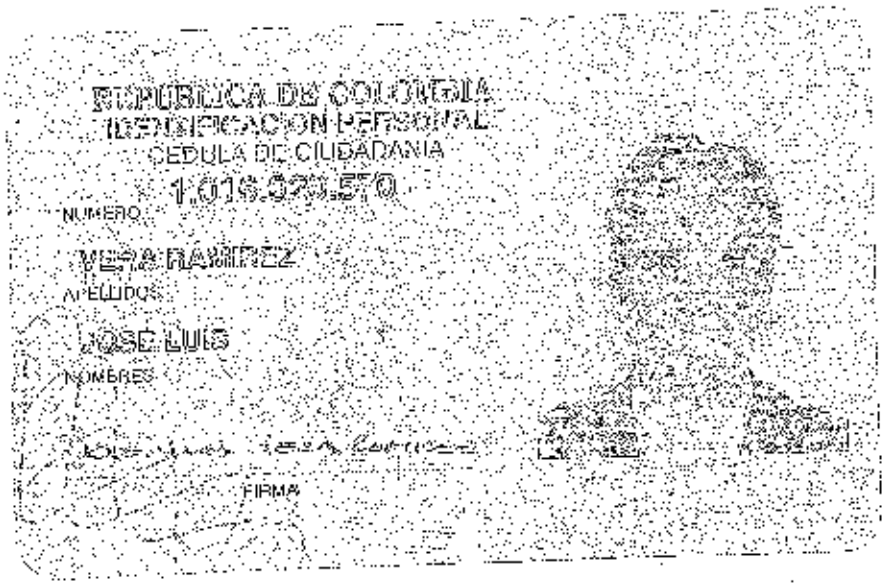
LA CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD
NIT 900210981

CERTIFICA QUE:

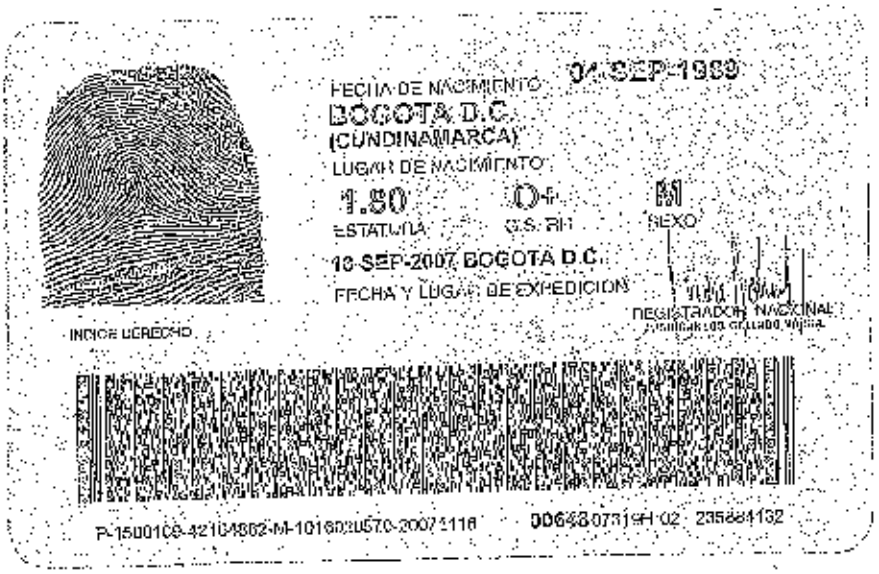
JOSE LUIS VERA RAMIREZ con Cédula de Ciudadanía Nro 1.016.020.570 de BOGOTA D.C., está vinculado a **la CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD** desde el **17 de julio de 2017,** con un contrato a término Fijo, ocupando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con una asignación mensual de Novecientos noventa y cuatro mil pesos mcte ($994.000,00) .

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 10 dias del mes de enero de 2019.

Esta certificación es generada automáticamente, por tal razón MEDERI no se hace responsable de modificaciones no autorizadas de la información que aquí se presenta; para validar este documento favor llamar a la oficina de talento humano al teléfono: 5800620 extensiones 4132 - 4121.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.016.023.570
NUMERO
VERA RAMIREZ
APELLIDOS
JOSE LUIS
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-SEP-1989
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-SEP-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO

P-1500100-42104802-M-1016023570-20071116 0064807316H-02 235884132

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

Hoja Principal

001

2. Consepto: 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14497761854

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 1 6 0 2 0 5 7 0 — 1

6. DV

14. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá — 3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía — 1 3

26. Número de identificación: 1 0 1 6 0 2 0 5 7 0

27. Fecha expedición: 2 0 0 7 0 9 1 8

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 1 6 9

29. Departamento: Bogotá D.C — 1 1

30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. — 0 0 1

31. Primer apellido: VERA

32. Segundo apellido: RAMIREZ

33. Primer nombre: JOSE

34. Otros nombres: LUIS

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACION

38. País: COLOMBIA — 1 6 9

39. Departamento: Bogotá D.C — 1 1

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. — 0 0 1

41. Dirección principal: AK 80 36 A 30 SUR BL 69 IN 1 AP 302

42. Correo electrónico: j_luis0904@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3 5 0 2 9 9 7 1 5 8

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal — 46. Código: 8 6 9 2 — 47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 2 0 1 0 3

Actividad secundaria — 48. Código: 8 6 5 9 — 49. Fecha inicio actividad: 2 0 1 2 0 1 0 3

Otras actividades — 50. Código: 1: 2:

Ocupación — 51. Código:

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
2	0																								

53. Código:

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

54. Código:

Exportadores

65. Forma — 66. Tipo

Servicio	1	2	3
67. Modo			
68. 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 [X] NO [ ] — 60. No. de Folios: 1 — 61. Fecha: 2 0 1 9 0 1 2 8

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exclusivamente a la misma, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada

694. Nombre: HERRERA VASQUEZ SERGIO LEONARDO

695. Cargo: Gestor I

DOCUMENTO GENERADO CON FINES INFORMATIVOS SIN VALIDEZ

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha 22/01/2018

CONTRIBUYENTE C.C. 1016020570 JOSE LUIS VERA RAVIREZ

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: AC 90 36 A 30 SUR BL 69 IN 1 AP 302 Teléfonos: 3502997158

Dirección electrónica: j_luis0904@hotmail.com Ciudad: BOGOTA, D.C. Municipio: BOGOTÁ DC

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil: NO Fecha Inicio de Actividades: 03/01/2012 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que comprenan el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5

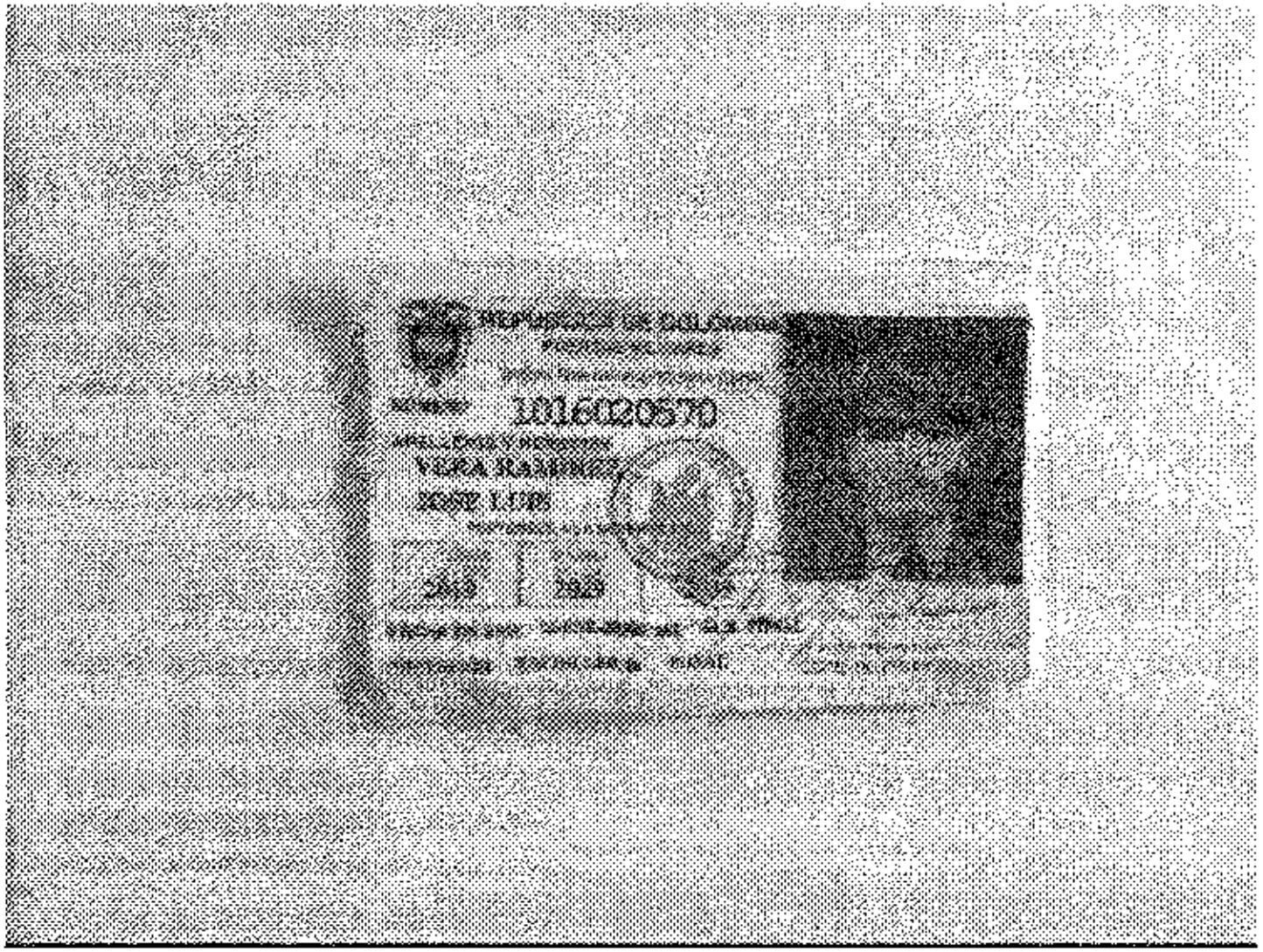
ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

JOSE LUIS
VERA RAMIREZ
C.C 1016020570

AUXILIAR EN ENFERMERIA

Expedicion 01/02/2012

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría
Salud

Resolución No 672 de 24/01/2012

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

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

EL DIRECTOR DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las contenidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02065 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) VERA RAMIREZ JOSE LUIS identificado(a) con CC número 1019020570 expedida en BOGOTA D.C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su ocupación según CERTIFICADO de AUXILIAR EN ENFERMERIA otorgado por EL CENTRO DE CAPACITACION CEPAP DE LA CARACAS el día 11/ 2/2011

Que estudiada la documentación presentada por el(la) señor(a) se cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

Que en virtud de lo expuesto este Despacho

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a VERA RAMIREZ JOSE LUIS identificado(a) con CC número 1019020570 expedida en BOGOTA 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.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 24/01/2012

IVAN JAIRT GUARIN MUÑOZ
Director de Desarrollo de Servicios
Revisó: Mónica Pacheco
Elaboró: Vilma Sánchez

Bogotá, D.C. 4 febrero 2012
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) José Luis Vera Ramírez
CC. # 1.019.020.570
Firma

ReTHUS

A continuación diligencio 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 Ciudadania

Número de Identificación *

1016020570

Primer Nombre *

Jose

Primer Apellido *

Vera

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2019-01-10--7:15:24 AM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	1016020570	JOSE	LUIS	VERA	RAMIREZ	Ver

Información Detallada [CC: 1016020570] JOSE LUIS VERA RAMIREZ

2019-01-10 -7:15:24 AM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Titulo*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
AUX	Local	Auxiliar de enfermeria	2012/1/24	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

méderi

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR

Nombre:	JOSE LUIS VERA RAMIREZ	Identificador Unico:	704858
Identificación:	CC 1016020570	Sexo:	Masculino
Fecha de Nac.:	1989/09/04	Edad:	27 Años
Empresa	COMPENSAR EPS	Fecha de la Cita:	2017/07/12

ACCIONES QUE REALIZA: (MARQUE CON UNA X)	
LEVANTAR	X
ARRASTRAR	
OTRA, CUAL?	

Carnet de Radioproteccion: No

Exposicion a Factores de Riesgo

	RIESGO 1	RIESGO 2	RIESGO 3
FISICO			
QUIMICO			
BIOLOGICO	X		
ERGONOMICO	X		
MECANICO			
PSICOSOCIAL	X		
ELECTRICO			
CARGO			
TIEMPO			
EPP			

Accidentes de Trabajo

	EVENTO 1	EVENTO 2	EVENTO 3
FECHA	NIEGA		
EMPRESA			
CAUSA			
TIPO DE LESION			
PARTE AFECTADA			
DIAS DE INCAPACIDAD			
SECUELAS			

Enfermedad Profesional

méderi

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR

Nombre:	JOSE LUIS VERA RAMIREZ	Identificador Unico:	704858
Identificación:	CC 1016020570	Sexo:	Masculino
Fecha de Nac.:	1989/09/04	Edad:	27 Años
Empresa	COMPENSAR EPS	Fecha de la Cita:	2017/07/12

	ACCIONES QUE REALIZA: (MARQUE CON UNA X)
LEVANTAR	X
ARRASTRAR	
OTRA, CUAL?	

Carnet de Radioproteccion: No

Exposicion a Factores de Riesgo

	RIESGO 1	RIESGO 2	RIESGO 3
FISICO			
QUIMICO			
BIOLOGICO	X		
ERGONOMICO	X		
MECANICO			
PSICOSOCIAL	X		
ELECTRICO			
CARGO			
TIEMPO			
EPP			

Accidentes de Trabajo

	EVENTO 1	EVENTO 2	EVENTO 3
FECHA	NIEGA		
EMPRESA			
CAUSA			
TIPO DE LESION			
PARTE AFECTADA			
DIAS DE INCAPACIDAD			
SECUELAS			

Enfermedad Profesional

méderi

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR

Nombre:	JOSE LUIS VERA RAMIREZ	Identificador Unico:	704858
Identificación:	CC 1016020570	Sexo:	Masculino
Fecha de Nac.:	1989/09/04	Edad:	27 Años
Empresa	COMPENSAR EPS	Fecha de la Cita:	2017/07/12

	EVENTO 1	EVENTO 2	EVENTO 3
FECHA	NIEGA		
EMPRESA			
DIAGNOSTICO			
INDEMNIZACION			
REUBICACION			

ANTECEDENTES

Antecedentes Familiares:	NO
Antecedentes Personales:	NO
Antecedentes Quirurgicos:	NO
Antecedentes Traumaticos:	NO

Antecedentes Ginecologicos

Citologia:	No

Inmunizaciòn

	1° DOSIS	2° DOSIS	3° DOSIS	4° DOSIS
HEPATITIS B	30/04/2015	02/06/2015	02/07/2015	12/01/2017
TETANO	12/01/2017	04/07/2017		
FIEBRE AMARILLA				
INFLUENZA	12/01/2017			
TRIPLE VIRAL	12/01/2017			
OTRAS				

Hábitos De Vida

méderi

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR

Nombre:	JOSE LUIS VERA RAMIREZ	Identificador Unico:	704858
Identificación:	CC 1016020570	Sexo:	Masculino
Fecha de Nac.:	1989/09/04	Edad:	27 Años
Empresa:	COMPENSAR EPS	Fecha de la Cita:	2017/07/12

Actividad Fisica:	No
Fuma:	No
Bebe Licor:	No

REVISION POR SISTEMAS Y ENFERMEDAD ACTUAL

VALORACION

Signos Vitales

	VALOR
TENSION ARTERIAL	120/70
FRECUENCIA CARDIACA	70
FRECUENCIA RESPIRATORIA	20
PESO	100
TALLA	180
IMC	

Examen Fisico

Cabeza y Cuello:	ORL NORMAL
Torax:	RSCSRS SIN SPLOS RS RS SIN AGREGADO
Abdomen:	NO MASAS NO HERNIAS
Miembros Superiores:	ADECUDA MOVILIZACION SIN DOLOR SIN LIMITACION FUNCIONAL
Miembros Inferiores:	SIMETRICAS SIN EDEMAS SIN VARICES

Evaluacion del Estado Mental

Concepto: NORMAL

méderi

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR

Nombre:	JOSE LUIS VERA RAMIREZ	Identificador Unico:	704858
Identificación:	CC 1016020570	Sexo:	Masculino
Fecha de Nac.:	1989/09/04	Edad:	27 Años
Empresa	COMPENSAR EPS	Fecha de la Cita:	2017/07/12

Examen Visual

DIAGNOSTICO:	MIOPIA
CLASIFICACION DE APTITUD	
CONCEPTO APTITUD (No aplica para examen de retiro):	APTO
Observaciones:	-
Recomendaciones:	-
Restricciones:	-
Seguimiento:	-

MANEJO (EVALUACION MEDICO LABORAL)

CONSENTIMIENTO

Yo, _____, identificado(a)con C.C. _____ de manera libre y voluntaria autorizo la realizacion del examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y doy constancia

Certifico que la informacion que he suministrado es verdadera,completa y acepto el manejo confidencial que le de la Corporación Juan Ciudad a la misma. Autorizo que se suministre la informacion necesaria alas personas o entidades contempladas en la legislacion para el buen cumplimiento del sistema en salud y seguridad en el trabajo

ESTA CERTIFICACION SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL PACIENTE,LA HISTORIA CLINICA ES UN DOCUMENTO PRIVADO Y SOMETIDO A RESERVA DEL PRESTADOR DEL SERVICIO DE SALUD, SEGÚN RESOLUCION 1918 DE 2009, 2346 DE 2007 Y 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE SALUD

méderi

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR

Nombre:	JOSE LUIS VERA RAMIREZ	Identificador Unico:	704858
Identificación:	CC 1016020570	Sexo:	Masculino
Fecha de Nac.:	1989/09/04	Edad:	27 Años
Empresa	COMPENSAR EPS	Fecha de la Cita:	2017/07/12

Registrado por : AIDA ZORAYA LARA DIAZ , SALUD OCUPACIONAL , Reg: 52801414
Firmado por: AIDA ZORAYA LARA DIAZ , SALUD OCUPACIONAL , Reg: 52801414

méderi
Hospitalidad y Ciencia

CERTIFICA

QUE:

JOSE LUIS VERA RAMIREZ

C.C.1016020570

octubre 6, 2017

CUMPLIO EL CICLO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN INTEGRAL
EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES
CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS

JUAN MAURICIO PARDO IVIEDO
DIRECTO CIENTÍFICO

MARITZA CECILIA DUARTE SANDOVAL

JAVIER ARDILA MONTEALEGRE

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS
Y EMERGENCIAS

S.O.S

Educación Informal de acuerdo a decreto 4904 de 2009 Ministerio de Educación Nacional

CERTIFICA QUE :

JOSE LUIS VERA RAMIREZ

c.c. 1.016.020.570

ASISTIO AL CURSO

SOPORTE VITAL BASICO

EL CURSO SIGUE LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA AMERICAN HEART ASSOCIATION, CUMPLIENDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO DE 2014 Y LA NORMA DE COMPETENCIA LABORAL 230101108
CON UNA INTENSIDAD DE 20 HORAS

Dado en Bogotá D.C. a los 29 días del mes de Julio de 2017
Validez 2 años

CENTRO DE CAPACITACION EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS S.O.S
Educación Informal Decreto 4904 2009
Ministerio de Educación Nacional

Paola M. Vieda
Directora

David Londoño
Sub Dirección Académica

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

SURRED 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: EP-CA-FT- 011
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

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

FECHA: feb 28 / 18 | CIUDAD: Bogotá | DEPARTAMENTO: Cundinamarca

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 VINCULACIÓN LA EMPRESA: (MARCA CON X)

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

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Vera	Ramirez	Jose	Luis

TIPO DE IDENTIFICACION	No. IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
CC ☒ CE ☐ T.I. ☐ NUIP ☐	1016020570	Bogotá D.C.	2004/07/18

PASAPORTE: ☐ OTRO ☐ | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
04/09/1988	Bogotá D.C	Colombia	Colombiano

ESTADO CIVIL	PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A): ☒ VIUDO(A) ☐ CASADO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ UNION LIBRE ☐	1	1	3502997158

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA:	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA:
Av Cra 80 # 36a-30 Sur	Bogotá	Cundinamarca	Colombia	4187880

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
jlvc0921@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

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio):	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☐ C.E ☐ R.C. ☐ NUIP ☐			

PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐ | NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA				CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
	SI ☐	IVA	SI ☐	NO ☒	8542	
	NO ☒	ICA	SI ☐	NO ☒	PRINCIPAL: ☒	SECUNDARIA: ☐

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

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-FL-013
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-06-22

FUNCIONARIO PÚBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	COMERCIO ☐ COMERCIAL ☐ SERVICIOS ☒ UD ☐	NIT	900878051-7

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

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
Cra 14B # 1-95 Sur	3282828	Bogotá	Cundinamarca	Colombia
CARGO ACTUAL	Auxiliar de Enfermería	**FECHA VINCULACIÓN**		

4. 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	6.000.000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS	11.940.000	ARRIENDOS		INVERSIONES		TARJETAS DE CRÉDITO	1.000.000
APORTES		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*		OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	11.940.000	TOTAL EGRESOS	6.000.000	TOTAL ACTIVOS		TOTAL PASIVOS	1.000.000

DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS

6. REFERENCIAS PERSONALES
(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Palomino	Morales	Denis	
DIRECCIÓN	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR**
Cra 72D # 2-49	Bogotá	Amigos	3002326310

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
Bancolombia	Cuenta Ahorros	19481597258	Centro Mayor	3430000

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

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

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:
IMPORTACIONES ☐ EXPORTACIONES ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ OTRA ☐ CUAL:

8. DECLARACIÓN 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.):

Apoyo la gestión como Auxiliar de enfermería

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 la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionatorias con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones que aquí 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 ya hubiese proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses + 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 + certificado de inversiones y contratos de arrendamiento o estados 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 + estados bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) 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, ampliado al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedido con antelacion con fecha no vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)
APODERADO: Adjunta poder debidamente diligenciado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los ingresos diferentes 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, CREDITICIA, 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 estrictamente las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que hacen la generacion de datos personales y que se encuentran contenidas en dicha disposicion 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 su tratamiento no requerirá de una autorización de su titular, lo cual promueve la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del respectivo cliente cumplen las disposiciones legales vigentes
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, suministrados por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.05 1-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 0, teléfono 3 -H -H 8 6 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud contratada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguno de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines pertinentes relacionados y contractuales que comprenden las actividades de prestación de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El estudio de solicitud de vinculación como usuario/a, 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 determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestión integral de los bienes y servicios contratados. g) Conocer el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa 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) Reportacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados 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 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 las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de 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 la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de 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 adelanten gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros e) A la UIAF, Fiscalía, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de 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
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 a voluntad 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, no he sido obligado a responderlas. que la ESE en virtud de su objeto social, 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 capítulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen los mismos.
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 suprimir 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 indican en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de las 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 Servicios de Salud *(Diagonal 34 No 5 - 45 Barrio EC, teléfono 3 11 44 11 , e-mail notificacionesjudiciales@subredsur.gov.co)* y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración 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 autorizo, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por los terceros, para las finalidades y en los términos que aquí se hacen referencias 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 TE SUMINISTRADA ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) JOSE LUIS VERA RAMIREZ identificado(a) con cedula ciudadania 1.016.020.570 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20190129	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 8 días del mes de Febrero de 2.019

Observaciones:

Con destino a:
CENTRO ORIENTE

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

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
10831634

porvenir
sólo hay uno

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **JOSE LUIS VERA RAMIREZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **1,016,020,570**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 10 días del mes de Enero de 2019.

Gerente de Clientes

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

AFILIACION ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

Numero de Documento	ARL
1018020590	Positiva

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
José	Luis	Vera	Ramirez

F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo
04/09/1989	Bogotá	Diagonal 80 #35a-30 Sur	4787880

EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios
Compensar	Porvenir	$

Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato
Auxiliar de Enfermería	

Correo Electrónico	Celular
Luis0909@hotmail.com	3502797458

Firma del Afiliado

Tatiana P. Clavijo O.
C.C. No. 52.431.201 de
Enfermera RUM

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C. 52.431.201

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Diagonal 34 No 5 - 43 Tel: 3444484

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 120293648

WEB
07:20:29

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) JOSE LUIS VERA RAMIREZ Identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1016020570:

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 derivan 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 Boletin de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy jueves 10 de enero de 2019, a las 07:18:22, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1016020570
Código de Verificación	101602057019011007182 2

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

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2671347

Bogotá D.C., 10 de Enero de 2019 - 7:21 am

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 DIECISEIS MILLONES VEINTE MIL QUINIENTOS SETENTA**

1016020570

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 figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_ZGVW_217
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 07:23:41 horas del 10/01/2019, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1016020570**

Apellidos y Nombres: **VERA RAMIREZ JOSE LUIS**

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.

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

Carrera 27 Nº 18 - 41 (Paloquemao), Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:30 pm
Línea de Atención a Ciudadano
Bogotá D.C. (57) 5159111 / 0112
Resto del país: 01 8000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
Fax (57) 5159681 - E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

Certificado Bancario

Viernes, 18 de Enero de 2019

Señores
CENTRO ORIENTE

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JOSE LUIS VERA RAMIREZ identificado(a) con CC 1016020570, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	15481597258	2012/03/30	ACTIVA

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos

Bancolombia

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Establecimiento Bancario