
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

Confirmación de registro de la entidad

Para actualizar el registro concluya la sesión.

Felicitaciones GUILLERMO RUBIO GUIZA,

GUILLERMO RUBIO GUIZA con el Número de documento 14244000 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 >

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

Ultima Actualización: 15-feb-2019

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
RUBIO	GUIZA	GUILLERMO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 14244000

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 363457 D.M 38

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 21 MES JUN AÑO 1973

PAÍS Colombia

DEPTO Tolima

CIUDAD Ibagué

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 55 22 50 TO B AP 1108

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2869204

EMAIL guifer17@hotmail.es

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO BACHILLER
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 1980
										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
ES	6	X		SALUD FAMILIAR Y COMINITARIA	8	2004	No especificada
ES	6	X		AUDITORIA MEDICA Y GARANTIA DE CALIDAD	9	2000	No especificada
TC	6	X		ELECTROMEDICO	12	1998	No especificada
UN	12	X		MEDICO Y CIRUJANO GENERAL	12	1993	No especificada

Scanned by CamScanner

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: 15-feb-2019

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	

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD SUB RED CENTRO ORIENTE		*PÚBLICA* X	*PRIVADA*	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* atencionusuario@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS 2091480 ext 8050	*FECHA DE INGRESO* DIA 6 MES 7 AÑO 1996		*FECHA DE RETIRO* DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL LIDER SEDES	*DEPENDENCIA* USS 1 DE MAYO, USS ALPES, USS		*DIRECCIÓN* CL 22 SUR 8 A 22	

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	20	10
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	20	10

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Scanned by CamScanner

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 15-feb-2019

Bogota 15/02/19

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

Scanned by CamScanner

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 15-feb-2019

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, GUILLERMO RUBIO GUIZA

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 14244000 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección KR 55 22 50 TO B AP 1108 **Teléfonos** 3123606855 2869204

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANA ELVIA GÜIZA	28516110	MADRE
JORGE RUBIO	2220249	PADRE

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	$ 113.457.672,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 113.651,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 113.571.323,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
DAVIVIENDA	AHORROS	0570008480246530	20 DE JULIO	$ 768.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
CASA	INMUEBLE	$ 160.000.000,00
APARTAMENTO	INMUEBLE	$ 850.000.000,00
VEHICULO	MUEBLE	$ 76.000.000,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

Scanned by CamScanner

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: 15-feb-2019

BANCOLOMBIA	CREDITO HIPORECARIO	$ 380.000.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

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

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. 15-feb-2019

CIUDAD Y FECHA

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

DEPARTAMENTO DEL TOLIMA



EL COLEGIO TOLIMENSE

Aprobado por Resolución Nro. 4815 del 27 de octubre de 1962
emanada del Ministerio de Educación Nacional,

Teniendo en cuenta que

Guillermo Rubio Güiza

terminó y aprobó los estudios correspondientes al **Ciclo Básico y Ciclo Superior Vocacional,**
de conformidad con la Resolución Nro. 2332 de abril 5 de 1974, le confiere el título de

Bachiller Académico

El Rector,

La Secretaria,

Ibagué, 28 de noviembre de 1980

Gobernación del Departamento del Tolima

Anotado al Folio 1 R-3 del Libro de Registro Nro. 10

SECRETARIO DE EDUCACION

JEFE DE ENSEÑANZA MEDIA

Dado en Ibagué, a 27 de FEBRERO de 1981.

Scanned by CamScanner

A 10
13

ESCUELA DE MEDICINA JUAN N. CORPAS

AUTENTICACION DE COPIA DE COPIA AUTENTICA. El suscrito Notario Veinte del Circulo de Bogotá Carrera [illegible] que previo el cotejo respectivo la presente copia coincide exactamente con la copia autenticada a la vista.

17 MAR. 1995

JAIRO CUETE NEIRA
NOTARIO VEINTE (E)

En nombre de la República de Colombia
y por autorización del Ministerio de Educación Nacional

La Escuela de Medicina Juan N. Corpas

teniendo en cuenta que

Guillermo Rubio Guiza

C.C. Nº 14.244.000 de Ibagué

culminó satisfactoriamente los programas académicos de la Escuela, correspondientes a tres años de estudios básicos y tres años de entrenamiento médico quirúrgico y aprobó los exámenes de revisión de ciencias básicas

le confiere el título de:

Médico y Cirujano General

y le otorga el presente Diploma, que lo acredita como tal, refrendándolo con las firmas y sellos respectivos.

Bogotá 11 de Diciembre de 1993

Nº 1968

EL RECTOR

EL DECANO

EL VICEDECANO

EL DECANO ASOCIADO

EL SECRETARIO GENERAL

EL DECANO DE ESTUDIANTES

DIC 14 1993

Scanned by CamScanner

13 18

Fundación Escuela de Medicina Juan N. Corpas

Secretaría General

ACTA DE GRADO No. 165

En la Ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., Municipio anexado de Suba, el día 11 del mes de Diciembre de 1.9 93, se llevó a cabo el acto de graduación presidido por los Honorables Miembros del Consejo Decanaticio Señores Doctores JORGE PIÑEROS CORPAS Rector, ALVARO VARGAS PULIDO Decano, CARLO RIZZI Vicedecano, ENRIQUE MORALES CRUZ Decano Asociado, JAIME GARCIA CADENA Decano Asistente, ENRIQUE MEJIA RESTREPO Decana de Estudiantes, FERNANDO NOGUERA ARRIETA Secretario General y LUIS A. LOPEZ ENCISO Secretario General Asociado.---
en el cual la Escuela de Medicina Juan N. Corpas, autorizada para tal efecto según Resolución No. 3268 del día 23 del mes de Diciembre/1.988, emanada del ICFES, y previo el juramento reglamentario, confirió el título de:

MEDICO Y CIRUJANO GENERAL

a GUILLERMO RUBIO GUIZA

identificado (a) con Cédula de Ciudadanía No. 14.244.000Ibagué, quien cumplió con los requisitos académicos, disciplinarios y de cumplimiento exigidos por la misma, con las exigencias establecidas en los Reglamentos de la Escuela y con la normas legales; y le otorgó el Diploma No. 1968 que lo (la) acredita como tal.

En fe de lo anterior se firma la presente acta de grado, en la Ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., a los Once (11) días del mes de Diciembre de 1.9 93.

Es fiel copia tomada del original, en lo pertinente.

NOTARIA TRECE
AUTENTICACION
DIC. 1994
ENCARGADO
NOTARIO TRECE
SANTAFE DE BOGOTA D. C.

Dr. FERNANDO NOGUERA ARRIETA
Secretario General

Scanned by CamScanner

Secretaría de SALUD
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA
HOSPITAL DE SAN JOSE
FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Certifican que:

Guillermo Rubio Guiza

Asistió al Curso Clínico Universitario "**Un Modelo de Educación Continuada para Médicos Generales**", Bogotá, D.C., de mayo 12 a agosto 25 de 2001. Intensidad 60 horas.

Crédito Universitario para Programas de Posgrado 10/100 puntos

Dr. Roberto Jaramillo Uricoechea
Rector
Fundación Universitaria
de Ciencias de la Salud

Dr. Alfonso Triviño Ferro
Decano Facultad de Medicina
Fundación Universitaria
de Ciencias de la Salud

Dr. José Fernando Cardona Uribe
Secretario de Salud
Secretaría Distrital de Salud

Dr. Luis Moya Jiménez
Jefe de Educación Continuada
Fundación Universitaria
de Ciencias de la Salud

Scanned by CamScanner

350

ICONTEC
INTERNATIONAL

Certifica que:

Guillermo Rubio Guiza

Asistió al Diplomado

IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN PARA IPS HOSPITALARIAS

Con una intensidad de 112 horas

El contenido del programa comprendió:

- Generalidades de la Acreditación
- Direccionamiento y Gerencia
- Gerencia de la Información
- Estándares del Ambiente Físico
- Recursos Humanos
- Proceso de Atención al Cliente
- Evaluación de Estándares

Bogotá.,13 de abril a 26 de octubre de 2007

Constanza Cornejo Gómez
Directora de Educación y Desarrollo

EAL.EE

Scanned by CamScanner

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN CRISTÓBAL

El Área de Talento Humano

Hace constar que:

GUILLERMO RUBIO GÜIZA
Identificado con C.C. 14.244.000

Asistió al Curso de

ACTUALIZACIÓN EN HERRAMIENTAS ESTADÍSTICAS

realizado en el mes de Mayo de 2008, con una intensidad de 20 horas.

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá D.C. a los cinco (5) días del mes de septiembre de dos mil ocho (2008)

E.S.E. Hospital San Cristóbal

NICOLÁS EDUARDO ESCOBAR PERDOMO
Gerente

JUAN CARLOS MANTILLA ALARCON
Profesional Especializado
Talento Humano

E.S.E. Hospital San Cristóbal

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Secretaría de Salud

BOG Gobierno Positivo

353

Scanned by CamScanner

LA FUNDACION ESCUELA DE MEDICINA JUAN N. CORPAS

Personería Jurídica No. 2105 Resolución ICFES No. 3268

Con base en el Acuerdo del Consejo Directivo 010-1 de junio 25 / 96, Código ICFES 27075362100110011 3100, que creó el programa de Especialización en Sistemas de Garantía de Calidad y Auditoría de Servicios de Salud.

Otorga a:

GUILLERMO RUBIO GUIZA

C.C. 14.244.000 de Ibagué

EL TITULO DE:

Especialista en Sistemas de Garantía de Calidad y Auditoría de Servicios de Salud

Santafé de Bogotá, D.C., 2 de septiembre de 2.000

EL RECTOR

EL DECANO

EL SECRETARIO GENERAL

EL DIRECTOR DEL POSTGRADO

Diploma AM-217
Libro 1 Folio 38

Scanned by CamScanner

Faculty of Medicine University of Toronto
Department of Family and Community Medicine

GUILLERMO RUBIO

Is awarded this certificate for successful completion of the

Basic Course in Family and Community Health

August 18, 2004

256 hours

Louise Nasmith, MDCM, MEd, CCFP, FCFP
Chair, Family and Community Medicine

Yves Talbot, MD, FRCP(C), MCFP
Director, International Programs

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ, D.C.

Pontificia
Universidad Javeriana

Pontificia Universidad Javeriana
en convenio con la Alcaldía Mayor de Bogotá

Certifica que:

GUILLERMO RUBIO GUIZA

Participó en el

Diplomado
en Gestión Comunitaria y
Gerencia Social

Realizado del 6 de agosto al 18 de noviembre de 2000,
con una duración de 144 horas

Bogotá, diciembre de 2000

Enrique Peñalosa Londoño
Alcalde Mayor de Bogotá

Gerardo Remolina Vargas, S.J.
Rector Pontificia Universidad Javeriana

Scanned by CamScanner

VEEDURIA DISTRITAL

PREMIO DISTRITAL A LA GESTIÓN EN SALUD 2008

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOG BOGOTÁ POSITIVA GOBIERNO DE LA CIUDAD

LA SECRETARÍA GENERAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D. C., LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y LA VEEDURÍA DISTRITAL

Certifican que

GULLERMO RUBIO

C. C.

14244000

Realizó 20 horas de Auditoría Interna de Calidad como

EVALUADOR EN ACREDITACIÓN

Actividad llevada a cabo entre el 12 de septiembre y el 26 de octubre de 2008,
enmarcada en el Premio Distrital a la Gestión en Salud, basada en el decreto 1011 de 2006 Sistema Único de Acreditación

En constancia se firma en Bogotá, D. C., el 9 de diciembre de 2008

Salvador Mendoza Suárez
Veedor Distrital (e) .

Yuri Chillán Reyes
Secretario General

Hector Zambrano Rodríguez
Secretario Distrital de Salud

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
Formato: Autorización Consulta Títulos Académicos	**Código** EGT-FT-656	**Macroproceso:** Estratégico **Proceso:** Gerencia de Talento Humano	**Página:** 1 de 1 **Versión:** 02 **Fecha:** 2016-05-06

Bogotá, D.C

Señores

ESCUELA DE MEDICINA JUAN N. CORPAS.

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

Ref. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA DE TÍTULOS ACADÉMICOS

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

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

MEDICO

(NOMBRE DEL TÍTULO OBTENIDO)

Cordialmente,

Firma:

No. de documento: 14244000

Tarjeta profesional No.: 14244000

Dirección de contacto: Carrera 55 2250 Torre B Apt 1108

Teléfono: 3123606855

Scanned by CamScanner

SUBRED DE SERVICOS INTEGRADOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD SAN CRISTOBAL

Calle 22 sur N. 8A-58
Código Posta: 110421
Conmutador: 2091480 Fax: 2783980
www.esesancristobal.gov.co
Info: Linea 195

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

FECHA		
Bogotá, D.C. 24 de Mayo de 2016		
NOMBRE GUILLERMO RUBIO GUIZA		**CEDULA** 14.244.000
FECHA-ING. DISTRITO 6 de Julio de 1996	**FECHA-ING-HOSPITAL .** 6 de Julio de 1996	**FECHA DE RETIRO**
CARGO ACTUAL: MÉDICO GENERAL		
DEPENDENCIA: SUBGERENCIA SERVICIOS DE SALUD		**EMPLEADO** PUBLICO
ASIGNACIÓN BASICA MENSUAL: $ 4.242.052		**AUXILIO DE ALIMENTACIÓN:** $ 0
SUBSIDIO DE TRANSPORTE $ 0		**GASTOS DE REPRESENTACIÓN:**
PRIMA DE ANTIGÜEDAD $ 296.944		**PRIMA SECRETARIAL** $ 0
PRIMA TECNICA $ 1.696.821		**PRIMA DE RIESGO** $ 0
TOTAL SALARIO MES: $ 6.235.817		**CERTIFICADO CON DESTINO A:** QUIEN CORESPONDA
OBSERVACIONES: Su vinculación es legal y reglamentaria en Carrera Administrativa		

JUAN CARLOS MANTILLA ALARCÓN
Profesional Especializado Talento Humano

Calle 22 Sur No. 8 A-58 Teléfono: 2091480 Ext: 7020 - Fax: 278 3980
talento@esesancristobal.gov.co

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 14.244.000

RUBIO GUIZA

APELLIDOS

GUILLERMO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-JUN-1963

IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

04-SEP-1981 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00030541-M-0014244000-20080725 0001445604A 1 1370004851

Scanned by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14352879621

(415)7707212489984(8020) 000001435287962 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 4 2 4 4 0 0 0	9	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 4 2 4 4 0 0 0	1 9 8 1 0 9 0 4

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RUBIO	GUIZA	GUILLERMO	

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

CR 55 22 50 TO B AP 1108

42. Correo electrónico:	43. Apartado aéreo	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
guifer17@hotmail.es		2 8 6 9 2 0 4	3 1 0 5 5 0 7 0 0

CLASIFICACION

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

Usuarios aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 5 1 0 0 1

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: GAITAN PEÑA NELCI JUDITH
985. Cargo: Gestor II

Fecha generación documento PDF: 01-10-2015 05:03:47

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 24-08-2016
Hora: 10:52:58 AM

CONTRIBUYENTE CC 14244000 GUILLERMO RUBIO GUIZA

Información General

Dirección KR 55 22 50 TO B AP 1108 ASTURIAS SALITRE RESERVADO

Teléfonos 3105507000

Dirección electrónica guife17@hotmail.es

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 24/08/2016

Soporte Inscripción 22441511

Fecha Inicio Actividades 13/04/2005

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

 # Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Juridica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86211-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U 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 SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 16001090093

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.

Scanned by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA

FUERZAS MILITARES

TARJETA DE RESERVISTA Nº E36345

PERTENECE AL EJERCITO DE:

PRIMERA LINEA HASTA EL 31 - XII - 1.99

SEGUNDA LINEA HASTA EL 31 - XII - 2.00

TERCERA LINEA HASTA EL 31 - XII - 2.01

ORIGINAL

GUILLERMO RUBIO GUIZA

NOMBRES Y APELLIDOS

REGISTRADA EN LA RELACION No. 043 MES MARZO AÑO ____

CASO DE LLAMAMIENTO DE RESERVAS PRESENTESE A LA DEPENDEN
MILITAR MAS CERCANA A SU RESIDENCIA...

Scanned by CamScanner



SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
Fecha de Expedición 19-08-2003
RUBIO GUIZA
GUILLERMO
CC 1424400
Secretaría
SALUD
MEDICO



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO
Registro N°
Firma Médico
Nombres y Apellidos
GUILLERMO RUBIO GUIZ
C.C. o C.E. 14244000 De IBAGUE
Universidad
E.U. JUAN N. CORPAS STAFE DTE
Código 12567
Fecha de Expedición 01/23/96

Scanned by CamScanner

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 *

14244000

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Verificar Registro en ReTHUS Limpiar

Resultado General -2019-02-15 2:49:06 PM

Tipo Identificación	*Nro. Identificación*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Primer Apellido*	*Segundo Apellido*	*Detalles*
CC	14244000	GUILLERMO		RUBIO	GUIZA	Ver

Información Detallada [CC: 14244000] GUILLERMO RUBIO GUIZA

2019-02-15 2:49:06 PM

Información Académica

Tipo Programa	*Origen Obtención Titulo*	*Profesión u Ocupación*	*Fecha desde que puede ejercer*	*Entidad Reportadora*
UNV	Local	Medicina	1995/1/11	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

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).

Scanned by CamScanner

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 / 81 - Artículo 63

C-025358

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Etica Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Etica Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **GUILLERMO RUBIO GUIZA**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 14.244.000 de IBAGUE T.P. o R.M. No. 14244000 expedida por ESCUELA DE MEDICINA CORPAS, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los Quince (15) días del mes de Febrero de dos mil diecinueve (2019) a solicitud del(a) interesado(a).

"EL PRESENTE CERTIFICADO NO ACREDITA LA CONDICIÓN DE MÉDICO"

TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA PRESIDENTE

GERMÁN GAMARRA HERNÁNDEZ
Presidente

Calle 147 No 19-50 Oficina 32 Centro comercial Futuro Tels 6279983 y 6279975 Fax 6279587 Bogota D.C.
Email trnetmed@autlook.com - www.tribunalnacionaldeeticamedica.com

Scanned by CamScanner

Dipes

CERTIFICAR SALUD S.A.
Atención Medica Familiar y Empresarial
NIT: 8830109370-1

APELLIDOS	RUBIO GUIZA
SERIE	91
IDENTIFICACION	14244000
NOMBRES	GUILLERMO
CARGO	COORDINADOR REFERENTE DE CENTRO MEDICO
EDAD	42
C	CONTROL
USA RX	☑
RX USO	-025 OI -075 ADD 175
AV OD VL	20/25
AV OI VL	20/25
AV AO VL	20/25
AV VP OD	20/25
AV VP OI	20/25
AV VP AO	20/25
EXAMEN EXTERNO	NORMAL
EVALUACION DEL COL	NORMAL
ESTADO MOTOR	NORMAL
DIAGNOSTICO	PRESBICIA
ONDUCTA	INADECUADAMENTE CORREGIDO
OBSERVACIONES	CAMBIAR LENTES

Dr. Andres M. Gomez
Optometra
L.S.O. 12253

Scanned by CamScanner

Centro Oriente E.S.E.

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

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

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

FECHA:	31/01/2019	CIUDAD:	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1. 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	X	SERVIDOR PUBLICO		OTRO		CUAL:	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
RUBIO	GUIZA	GUILLERMO			

TIPO DE IDENTIFICACION					No IDENTIFICACION	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA-MM-DD)
CC	X	CE		RC		NUIP		14.244.000	IBAGUE	1997-09-08
PASAPORTE		OTRO				ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI	X			

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1973-06-21	IBAGUE	COLOMBIA	COLOMBIA

ESTADO CIVIL					PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR
SOLTERO(A)		CASADO(A)		DIVORCIADO(A)		UNION LIBRE		1	1	3123608855
VIUDO(A)	X									

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

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
CARRERA 55 No 22 50	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA	-

CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
guifer17@hotmail.com		PROPIA X	FAMILIAR	ARRENDADA

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	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)
CC		CE		RC		NUIP	-	-	
PASAPORTE		OTRO		CUAL		ES RESIDENTE EN COLOMBIA SI		NO		NACIONALIDAD	-

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI	X	IVA	SI		NO	X	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
		NO							8621	
				ICA	SI	X	NO		PRINCIPAL: X	SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE	SI		NO	X	AGENTE RETENEDOR	SI		AGENTE AUTORETENEDOR	SI	
						NO	X		NO	X

Scanned by CamScanner

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: E-LCA-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 [X]	SI [ ] NO [X]	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO [ ]	SERVICIOS [ ] SALUD [X]	# NIT

EXTORACIONES [ ] AGRICOLA [ ] LOGISTICA [ ] FINANCIERA [ ] TRANSPORTE [ ] TECNOLOGIA [ ] ALIMENTOS [ ] MEDICAMENTOS [ ]

OTRA [ ] CUAL [X]

DIRECCION DE LA EMPRESA	TELEFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAIS
DG 34 No 5 - 11	3444484	BOGOTA	CUNDINAMARCA	COLOMBIA
CARGO ACTUAL	MEDICO		FECHA VINCULACION	[illegible]

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

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

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS		GASTOS FAMILIARES	$ 0	AHORROS	$ 0	SALDO HIPOTECA	$ -
HONORARIOS	$ 3.168.000	ARRIENDOS	$ 0	INVERSIONES	$ 0	IMPUESTOS DE RENTA	$ -
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	$ 0	VEHICULOS	$ 0	DEUDA VEHICULOS	$ -
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA	$ 0	PROPIEDADES	$ 0	DEUDAS TERCEROS	$ -
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	$ 0	OTROS ACTIVOS*	$ 0	OTROS PASIVOS*	$ -
TOTAL INGRESOS	$ 3,168,000	TOTAL EGRESOS	$ 0	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

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 Contraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SANCHEZ		FERNANDO	
DIRECCION	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS**	**TIPO RELACION**	**TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR**
CARRERA 50 No 20 - 35	BOGOTA/ CUNDINAMARCA	PRIMO	3123605539

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO
DAVIVIENDA	CUENTA DE AHORROS	5710008480246530	20 DE JULIO	3433333

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO [X]

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

Scanned by CamScanner

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 aqui consignado es cierto, realiza la siguiente declaracion 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 [illegible] de 2016 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, y de las Leyes 526 de 1999, 1121 de 2006 y 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupcion

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

MEDICO GENERAL

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitire que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas contempladas en el Codigo Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas
4. Asi 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. Informare inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaracion, 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 liquidacion 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 aplicacion 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 informacion 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 informacion que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado Certificación laboral no mayor a 30 dias o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaracion de renta si es declarante
Pensionado: Certificado de pension 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 dias 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 publico 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 representacion legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los ultimos tres meses + declaracion de renta si es declarante

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa (90) dias, expedido por la Camara de Comercio (Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso (Obligados a llevar contabilidad)

APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico
NOTA Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del articulo 2 de la Ley1581 de 2012, las disposiciones que buscan la proteccion 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 requeriria 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 comerciales, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

Scanned by CamScanner

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: E1-GA-FT-041
VERSIÓN: 02
FECHA: 2017-08-22

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorizacion, entiendase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43 telefono 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 contratacion y/o prestacon de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitados 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 seran tratados por le ESE y o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El tramite de solicitud de vinculacion como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociacion 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 ejecucion y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevencion 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 elaboracion de estudios tecnicos estadisticas, encuestas, analisis de tendencias del mercado y, en general estudios tecnicos del sector salud. i) Envio de informacion 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 informacion de Sujetos de tributacion en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y o a la -Direccion de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los terminos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de informacion en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. mi La prevencion y control de Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo
2. El tratamiento podra 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 podran ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las personas juridicas 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, compañias de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecucion, 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, y a cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevencion y control de fraudes, la seleccion de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios tecnicos y estadisticos
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES. Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento
5. DATOS SENSIBLES. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hacen sobre datos personales sensibles, de conformidad con lo definicion 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 biometricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideracion que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Basica Juridica 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 informacion, nos asisten los derechos previstos en la Ley 12ios de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se havan 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 autorizacion. 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, seran: 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 , email varlaft a subredcentrooriente.gov.co*) y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevencion y control del fraude (*INDICAR DIRECCION,CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO*)
9. AUTORIZACION. 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 LO SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Firma Cliente / Representante Legal

Huella Indice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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

Scanned by CamScanner

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Guillermo Rubio Guiza** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **14244000,** está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 14244000
NOMBRES Y APELLIDOS	Guillermo Rubio Guiza
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	21/06/1963
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/11/2008
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	511 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	183 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	56 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/11/2008
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 900959051 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE Desde 01/04/2018 - Vigente
N.I.T. 900959051 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE Desde 01/03/2017 Hasta 31/03/2018

E.P.S. Sanitas
Organización Sanitas Internacional
SERVICIOS MÉDICOS
Of. Consultorios Clínica Colombia.

Generado por vmvega 18/02/2019

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Organización Sanitas Internacional

Scanned by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación: No.° 928941
Fecha de Radicación: 19/01/2024
106926471

Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ___ B. Reporte de Novedades X
2. Tipo de Afiliación: A. Individual ___ Cotizante o Cabeza de Familia X ___ Beneficiario o Afiliado adicional ___ B. Colectivo ___ C. Institucional ___ D. De Oficio ___
3. Régimen: A. Contributivo X ___ B. Subsidiado ___
Tipo de Afiliado: A. Cotizante ___ B. Cabeza de Familia ___ C. Beneficiario ___
5. Tipo de Cotizante: A. Dependiente ___ B. Independiente X ___ C. Pensionado ___
Código (a registrar por la EPS): 05

A. AFILIACIÓN

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

Apellidos y nombres
Primer Apellido: RUBIO
Segundo Apellido: GUIZA
Primer Nombre: GUILLERMO
Segundo Nombre:

Tipo de documento de identidad: TI ___ CE ___ CD ___ CC X ___ PA ___ SC ___
8. Número del documento de identidad: 1V? VV000
9. Sexo: Femenino ___ Masculino X
10. Fecha de nacimiento: 19/06/1990

DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales
Etnia:
12. Discapacidad: Tipo F N M ___ Condición T P ___
13. Puntaje SISBÉN:
14. Grupo de población especial:

Administradora de Riesgos Laborales - ARL:
16. Administradora de Pensiones:
17. Ingreso base de cotización - IBC: $ 1400.000

Residencia
Dirección: Cra 55 Nº 22-50 Torre 6 APTO 1108
Teléfono Fijo:
Teléfono Celular: 3173606855
Correo Electrónico: guife.17@hotmail.es
Municipio / Distrito: Bta
Zona: Urbana X ___ Rural ___
Localidad / Comuna:
Departamento: Cundinamarca

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

Apellidos y nombres
Primer Apellido:
Segundo Apellido:
Primer Nombre:
Segundo Nombre:

Tipo de documento de identidad: TI ___ CE ___ CD ___ CC ___ PA ___ SC ___
21. Número del documento de identidad:
22. Sexo: Femenino ___ Masculino ___
23. Fecha de nacimiento: D D M M A

Datos Básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Datos complementarios

Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29.
		Femenino ___ Masculino ___	D D M M A A A A	
		Femenino ___ Masculino ___	D D M M A A A A	
		Femenino ___ Masculino ___	D D M M A A A A	
		Femenino ___ Masculino ___	D D M M A A A A	
		Femenino ___ Masculino ___	D D M M A A A A	

31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de Adicional
F N M	T P		Urbana ___ Rural ___			
F N M	T P		Urbana ___ Rural ___			
F N M	T P		Urbana ___ Rural ___			
F N M	T P		Urbana ___ Rural ___			
F N M	T P		Urbana ___ Rural ___			

Colpensiones

El futuro es de todos

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **GUILLERMO RUBIO GUIZA** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **14244000,** se encuentra afiliado (a) desde **12/12/1983** 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
Vinculación Inicial	5	HORIZONTE	09/04/1996	Afiliado con mayor número de cotizaciones entre 20070701 al 20071231 en el RAI
Traslado Aprobado de COLPENSIONES o a un Fondo de Pensión	23	COLPENSIONES	01/07/2009	No Aplica
Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES	23	COLPENSIONES	01/10/2009	No Aplica

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 15 de febrero de 2019.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

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

Scanned by CamScanner

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

14.244.000	BOLIVAR
Numero de Documento	ARL

Guillermo		Rubio	Guiza.
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

21/01/1973	IBAGUE.	Cra 55 H 22 50	
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

Sanitas.	Colpensiones	3.168.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

MEDICO General Especializado	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

guifer17@hotmail.com.	3123606855.
Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.

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

Scanned by CamScanner

PROCURADURIA
GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 122550738

WEB
16:23:45

Bogotá DC, 15 de febrero 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) GUILLERMO RUBIO GUIZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 14244000:

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.

Scanned by CamScanner

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPUBLICA

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy viernes 15 de febrero de 2019, a las 16:22:26, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	14244000
Código de Verificación	14244000190215162226

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

Scanned by CamScanner

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA
No. 2786076

Bogotá D.C., 15 de Febrero de 2019 - 16:23 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., el señor(a) **GUILLERMO RUBIO GUIZA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **CATORCE MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL** de IBAGUE

14244000

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.

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 2_FQAJ4_2316
Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios

Scanned by CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:24:22 horas del 15/02/2019, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía N° **14244000**
Apellidos y Nombres: **RUBIO GUIZA GUILLERMO**

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.

Avenida el Dorado N° 75 - 25
Barrio Modelia. 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. 5159700 / 30555
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co

Scanned by CamScanner

DAVIVIENDA

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., 15/02/2019
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor GUILLERMO RUBIO GUIZA** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **14244000**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO
CUENTA DE AHORRO PROGRAMADO QUE A LA FECHA SE ENCUENTRA INMOVILIZADA

N#mero	**0570008480246530**
Fecha de apertura	**04/02/2002**

Teniendo a la fecha una antiguedad de **204** meses.

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Scanned by CamScanner

SENA

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

EL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD

CERTIFICA

Que GUILLERMO RUBIO GUIZA identificado(a) con Cedula de Ciudadania No 14.244.000 de Ibagué, realizó y aprobó el curso de ATENCION INTEGRAL EN SALUD A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES con una intensidad horaria de Cuarenta (40) y obtuvo una evaluación Apto (A) con una equivalencia de (4.5).

Equivalencia de Evaluaciones:

D: Reprobó
A: Aprobó

Se expide en Bogotá, a los diez (10) dias del mes de octubre de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300128677CC14244000E.

Dr Luis Enrique Alfonso Heinns
Medico Especialista En Salud Ocupacional
C.C. 72212505
Resolucion 251158 - 13052016 hasta
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

CERTIFICADO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO

Nombre De La Empresa Subred Centrooriente Fecha Expedicion De Certificado 25 Febrero 2019

Nombre Del Trabajador Jose Guillermo Rubio Garza

Fecha De Nacimiento 21 06 1975 Edad 45 Años Cargo Lider Santa Clara

Tipo Y N° De Identificacion CC 14244000

Apto X

Apto Sin Restricciones Que Limiten Su Trabajo Normal

Apto Con Restricciones Que Limiten Su Trabajo Normal

Apto Para Realizar Trabajo Seguro En Alturas

Aplazado

RECOMENDACIONES

Paciente masculino de 45 años de edad, con DX Lumbalgia Cervical postraumatica con leve dolor y limitacion cervical bilateral. Que requiere valoraciones medicas periodicas según lo ordenado por medico especialista en columna y ortopedia esto por EPS.

Control anual por Optometria y Oftalmologia en su EPS

Resto igual.

Acepto Los Resultados Y Conceptos Del Presente Examen Medico Declaro Que No He Omitido Ninguna Informacion Acerca De Mi Estado Actual De Salud

Firma
Cedula N° 72212505
Salud Ocupacional Licencia S O N° 13052016

Firma
Nombre Del Trabajador Guillermo Rubio Garza
Cedula N° 14244000
Celular N° 3123606255

e-mail luis_heinss@hotmail.com 3156256880