

Buscar contrato

Buscar

(Búsqueda avanzada)

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de la oferta	Estado	
188864	PS 1313 2018	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Entidad Estatal	1/10/2018 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)	6/9/2018 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)	dairon elias matinez prada	38,844,000 COP	Firmado	Detalle

OPCIONES

VER

- Últimas modificaciones
- Todos
- Esperando aprobación
- Firmado
- Firmado y enviado a la Entidad Estatal
- Suspendidos
- Cancelados
- Cerrados
- Firmados y Terminados anormalmente

HERRAMIENTAS



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 17-dic-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MARTINEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PRADA	NOMBRES DAIRON ELIAS
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 73572202	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ NUMERO 75102406729 D.M. 14		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 24 MES OCT AÑO 1975 PAÍS Colombia DEPTO Bolívar CIUDAD Cartagena De Indias		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Carrera 50 # 106 - 72 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3178873929 EMAIL daironmartinez@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											TITULO BACHILLER ACADEMICO				
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	NOVIEMBRE		AÑO	1992

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 NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TEMINACIÓN MES AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
ES	6	X	ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION	8 2014	5584
UN	12	X	MEDICO Y CIRUJANO	7 2001	5358

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
Inglés		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.



Última Actualización: 17-dic-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	subredcentrooriente.gov@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3444 484	DÍA 11 MES 4 AÑO 2017		DÍA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Anestesiologo	Subred Integrada de Servicios de Salud	Diagonal 34 N° 5 - 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ASOCIACION COLOMBIANA DE MEDICINA PERIOPERATORIA HIPNOVA		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	hipnova@hotmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3182917212	DÍA 13 MES 7 AÑO 2015		DÍA 12 MES 3 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Anestesiologo	Eduardo Daza Gil	Cra 9a # 17 - 55 Sur, Piso 2	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
FUNDACION JUVENANDINA		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	juvenandina@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3612888 ext 326	DÍA 1 MES 7 AÑO 2014		DÍA 17 MES 12 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Anestesiologo	Patricia Moreno Rincon	Cra 21 # 22 - 68 Sur	

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	1	8
PRIVADO	4	5



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 17-dic-2018

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
PARTICULAR	0	0
TOTAL	4	5

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 50. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento BOGOTÁ D.C., 17 DE DICIEMBRE DE 2018

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

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DAIRON ELIAS MARTINEZ PRADA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 73572202 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección Carrera 50 # 106 - 72

Teléfonos 3178873929 3178873929

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Gilberto Martinez Brid	9054224	PADRE
Sofia Martinez Miranda	1043300735	HIJO(A)
Ligia Del Carmen Prada Reyes	33129426	MADRE
Angelina Martinez Paternina	1042590706	HIJO(A)
Alicia Martinez Paternina	1028445086	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	\$ 18.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 18.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
bbva	AHORROS	0627204456	C.C. Andino	\$ 1.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
CASA	MI # 06082744	\$ 200.000.000,00

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



FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y
RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADAPersona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Última Actualización: 17-dic-2018

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
FEPASDE	CREDITO	\$ 70.000.000,00
BBVA	CREDITO	\$ 100.000.000,00
FINESA	CREDITO	\$ 50.000.000,00

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	NÚMERO DOCUMENTO
MERLY MAUD PATERNINA MORENO	C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐	35143540

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

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

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 17-dic-2018

CIUDAD Y FECHA



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
y en su nombre



LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

CONFIERE EL TÍTULO DE
MÉDICO Y CIRUJANO

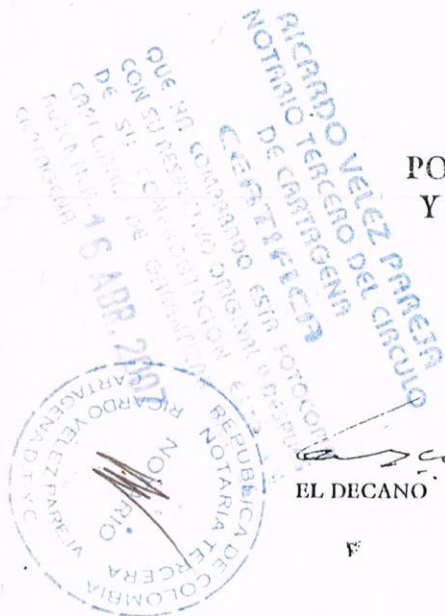
A

DAIRON ELÍAS MARTÍNEZ PRADA

C.C. No. 73.572.202 expedida en Cartagena (Bol.)

POR HABER CUMPLIDO LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
Y EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA

En la ciudad de Cartagena de Indias, a 19 de julio de 2001



EL DECANO

EL RECTOR

EL SECRETARIO GENERAL

EL JEFE DEL DEPARTAMENTO

01327

Registrado al Folio N° 913 del libro de Diplomas N° 20



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL
y en su nombre



LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

CONFIERE EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN

A

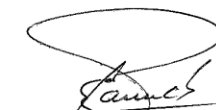
DAIRON ELIAS MARTINEZ PRADA

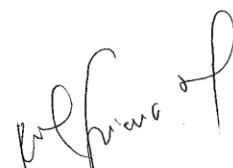
C.C. No. 73.572.202 expedida en Cartagena

POR HABER CUMPLIDO LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS
Y EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA

En la ciudad de Cartagena de Indias, a 29 de agosto de 2014


EL DECANO


EL RECTOR


EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE
POSTGRADO


EL SECRETARIO GENERAL

020837

Registrado al Folio N° 304 del libro de Diplomas N° 9

THOMAS GONZALEZ & ASOCIADOS

LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

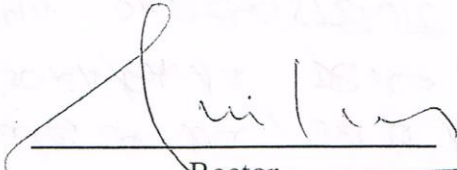
Cartagena de Indias - Colombia

ACTA DE GRADO No. 046

En la ciudad de Cartagena a los DIECINUEVE (19) días del mes de JULIO DE 2001, se llevo a cabo la graduación COLECTIVA en ceremonia SOLEMNE por solicitud DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA a la Rectoría quien autorizó el acto mediante Resolución No. 1193 de fecha 11 DE JULIO DE 2001 por medio de la cual, otorga de acuerdo a la Ley y los estatutos de la Universidad, el título de: MEDICO Y CIRUJANO al ESTUDIANTE DAIRON ELIAS MARTINEZ PRADA, portador de la cédula de ciudadanía No. 73,572,202 expedida en CARTAGENA, a quien se le tomó el juramento de rigor y se le hizo entrega del diploma que lo autoriza para el ejercicio profesional como: MEDICO Y CIRUJANO

Según las disposiciones legales vigentes.

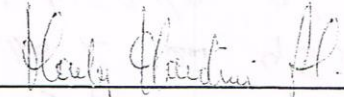
Para constancia de lo expuesto, se firma la presente acta por todos los que en ella intervinieron.



Rector



Decano



Secretario General



LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

Cartagena de Indias, Colombia

ACTA DE GRADO N° 15314064

En la ciudad de Cartagena a los veintinueve (29) días del mes de agosto del año 2014, se llevó a cabo ceremonia solemne y colectiva de graduación, por solicitud de la Decana de la Facultad de Medicina al señor Rector, quien autorizó el acto mediante Resolución N° 02844 de fecha 21 de agosto de 2014, por medio de la cual se otorga de acuerdo a la Ley y los estatutos de la Universidad, el título de:

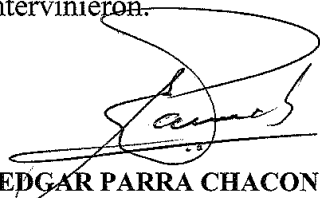
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN

Al estudiante

DAIRON ELIAS MARTINEZ PRADA

Portador de la cédula de ciudadanía N° 73.572.202 expedida en Cartagena a quien se le tomó el juramento de rigor y se le hizo entrega del diploma que lo autoriza para el ejercicio profesional como **ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN** según las disposiciones legales vigentes.

Para constancia de lo expuesto, se firma la presente acta por todos los que en ella intervinieron.



EDGAR PARRA CHACON
Rector



ROSA ISABEL MILANES PÉREZ
Decana



MARLY DEL ROSARIO MARDÍN LLAMAS
Secretaria General



SALAMANDRA®
Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias & Emergencias



SALAMANDRA
Centro Internacional de Entrenamiento
en Urgencias y Emergencias
otorga la presente
CONSTANCIA A

Dairon Elias Martinez Prada

*Por su asistencia al Curso **ACLS for Experienced Providers**
Proveedor Experimentado en Reanimación Cardiopulmonar Avanzada
llevado a cabo en la ciudad de Cartagena el 23 de Junio de 2010
a través de la Fundación Salamandra.*

Curso Oficial que sigue los lineamientos establecidos por la *American Heart Association*

Dr. Laureano Quintero Barrera

Instructor BLS – ACLS
AHA – FIC – CNR
Director Científico



Advanced Medical Life Support

Dairon Elias Martinez P.

has successfully completed the national cognitive and skills examination in accordance with standards of the National Association of Emergency Medical Technicians for

AGOSTO/2006

Date of Issue

AGOSTO /2010

Date of Expiration

FUNDACIÓN SALAMANDRA

Sponsoring Organization

Course Medical Director LAUREANO QUINTERO

Course Coordinator LAUREANO QUINTERO

National Course #

State Course #

This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable state statutes and licensing acts.



THIS IS TO ACKNOWLEDGE THAT

Dairon Elías Martínez P.

has successfully completed the

ADVANCED PROVIDER

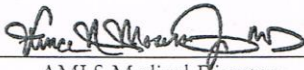
sponsored by the

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS AND

FUNDACIÓN SALAMANDRA

This continuing education activity is approved by NAEMT, an organization accredited by the Continuing Education Coordinating Board for Emergency Medical Services (CECBEMS).

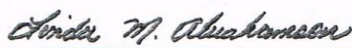




AMLS Medical Director

National Course Number


Course Medical Director



AMLS Chairperson

AGOSTO /2006 AGOSTO /2010

Date Issued

Date Expired

Course Coordinator

Certification of Achievement

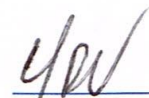
granted to:

DAIRON MARTÍNEZ PRADA

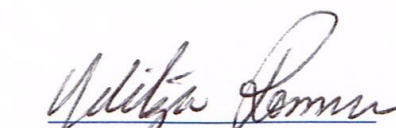
for having successfully completed the Intermediate Program
of the Fast & Easy English Language Series.

Given in the city of Cartagena, on March 27th, 20 10

Our Most Sincere Congratulations!



National Monitoring Coordinator



Branch Monitoring Coordinator



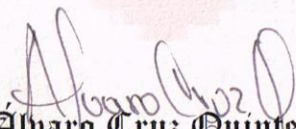
Organización de Capacitación
PLA Export Editores Ltda.

Este curso otorga certificación proveniente de
American Heart Association

Por la presente certificamos que:

Dairon Martínez Prada

Realizó el curso de BLS y ACLS
en la ciudad de Cartagena de Indias D. C. y C.,
Los días 24, 25 y 26 de Noviembre de 2006 según
las normas de la American Heart Association


Alvaro Cruz Quinteto.

Director Curso
Organización de Capacitación
PLA Export Editores Ltda.



Certification of Achievement

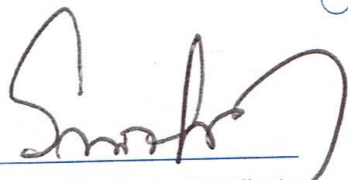
granted to:

DAIRON MARTÍNEZ PRADA

for having successfully completed the Basic Program
of the Fast & Easy English Language Series.

Given in the city of Cartagena, on December 27th, 20 10.

Our Most Sincere Congratulations!



National Monitoring Coordinator



Branch Monitoring Coordinator



NAEMT



**The National Association of
Emergency Medical Technicians
A través de la Fundación Salamandra**

Otorga la presente

CONSTANCIA A
Dairon Elías Martínez Prada

*Por su asistencia al Curso PHTLS Provider llevado a cabo en la
ciudad de Cartagena, los Días 19 y 20 de Julio de 2009,
con una duración de 20 horas.*

Curso Oficial que sigue los lineamientos establecidos por la *National Association of Emergency
Medical Technicians (NAEMT)* en Cooperación con el *American College of Surgeons*.

Dr. Ricardo Ferrada
PHTLS Affiliate Faculty

Dr. Laureano Quintero B.
Director Científico



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

El Departamento de Educación de la Sociedad Colombiana de
Anestesiología y Reanimación – SCARE –

certifica que:

el Doctor (a)

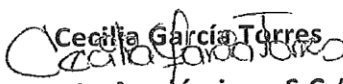
DAIRON MARTÍNEZ

Participo y aprobó

Taller de Arritmias

Realizado del 28 de Julio de 2012, con una intensidad seis (6) horas.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado a los 28 días del mes de Julio de
2012.


Cecilia García Torres
Subgerente Académica – S.C.A.R.E. –





Fundación Sistema Regional de Emergencias Médicas - SIREM
Tel: 6725596 Nit 800 - 256630 - 1, Laboratorio de Urgencias
Zaragocilla, 2º Piso Edificio Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena
Bolívar - Colombia

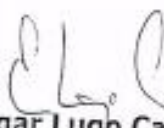
Cartagena de Indias D.T. y C., 05 de Noviembre de 2004

A QUIEN INTERESE.

Por medio de la presente se certifica que el señor DAYRON ELIAS MARTINEZ PRADA, identificado con cédula de ciudadanía 73.572.202 de Cartagena, realizó el curso de Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) y Rescate acuático, impartido en la Fundación **SIREM**, los cuales tienen una intensidad de 20 horas y 8 horas respectivamente.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado.

Atentamente,


Edgar Lugo Calderón, TEM
Subgerente Fundación SIREM



Sociedad Colombiana de
Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E.

Certifica que

DAIRON ELIAS MARTINEZ PRADA

Asistió a la

 **o Congreso Nacional de
Estudiantes de Postgrado
en Anestesiología**

Realizado en la ciudad de Cartagena, los días 18, 19 y 20 de Mayo de 2012
Certifica 16 horas de Educación Médica Continuada

Diego Colera

Diego Germán Calero Lianes
Presidente S.C.A.R.E.

Dr. Oscar David Ramirez
Coordinador Comité Estudiantes de Postgrado

**IX Congreso Nacional
de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo**
9th National Congress of Critical and Intensive Care Medicine

**VI Congreso Nacional
de Cuidado Intensivo Pediátrico**
6th National Congress of Pediatric Intensive Care

**VI Congreso de la Sociedad Mundial de
Síndrome de Compartimiento Abdominal**
6th World Congress of the Abdominal Compartment Syndrome



Asociación Colombiana
de Medicina Crítica
y Cuidado Intensivo

La Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo y la World Society of the Abdominal Compartment Syndrome

Certifican que:

DAIRON MARTINEZ PRADA

Asistió al IX Congreso Nacional de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo,
VI Congreso Nacional de Cuidado Intensivo Pediátrico,
y VI Congreso de la Sociedad Mundial de Síndrome de Compartimiento Abdominal
en calidad de: **PARTICIPANTE**

Realizado en la Ciudad de Cartagena del 23 y 25 de Mayo de 2013
Hotel Cartagena Hilton, con una intensidad de 22 horas cátedra

Guillermo Ortiz, MD.
Presidente AMCI

Rao Ivatury
Presidente WSACS



2ª JORNADA DE ACTUALIZACIÓN EN ANESTESIA "ANESTESIA REGIONAL GUIADA POR ECOGRAFIA"

DAIRON MARTINEZ

Participante

Se certifican 16 horas de Educación Médica Continuada


Dra. Sandra Páez Vargas
Coordinadora General de Postgrado

Sep. 2 y 3 de 2011
Barranquilla


Dr. Jorge Eliécer Bolano B
Coordinador Postgrado Anestesiología

Bogotá D.C

Señores:

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, DAIRON ELIAS MARTINEZ PRADA 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:

ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA Y REANIMACIÓN
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma DAIRON ELIAS MARTINEZ PRADA
No. de documento: 73572202
Tarjeta profesional No: 5584
Dirección de contacto: CRA 50 #106-72 BOYOTA
Teléfono: 317 8873929

Señores
HOSPITAL SANTA CLARA
Bogotá

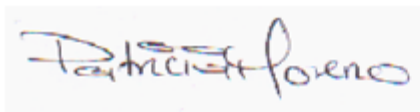
CERTIFICACIÓN CONTRATISTA

FUNDACION JUVENANDINA, entidad sin ánimo de lucro, debidamente constituida mediante Asamblea de constitución de fecha quince (15) de Diciembre de dos mil catorce (2014), con NIT 900.802.282-7, certifica que el Doctor **DAIRON ELIAS MARTINEZ PRADA** identificado con cédula de ciudadanía N° 73.572.202 de Cartagena, presta sus servicios médicos para esta compañía desde el **primero de (01) de mayo de dos mil quince (2015)** con un contrato de Prestación de servicios médicos especializados de anestesiología.

Igualmente EL Dr. Martínez identificado con cédula de ciudadanía No. **79.764.981 de Bogotá**, inicio su contrato con la sociedad **SARIMA SAS** con NIT 900594781 con el mismo objeto contractual, para la misma IPS y con los mismos horarios mensuales el **(01) de julio de dos mil catorce (2014)**. Contrato que fue cedido a la **FUNDACION JUVENANDINA**, entidad sin ánimo de lucro el primero (01) de mayo de dos quince (2015), el cual se encuentra vigente y certificado por este documento.

Se expide la presente certificación laboral a los veintiún (21) días del mes de marzo de **dos mil diecisiete (2017)**, por solicitud del Dr. Dairon

Atentamente,



PATRICIA MORENO RINCON
REPRESENTANTE LEGAL
FUNDACION JUVENANDINA



**Asociación Colombiana De Medicina Perioperatoria
NIT. 900.639.615-8**

**LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MEDICINA PERIOPERATORIA -
HIPNOVA**

CERTIFICA:

Que el (la) señor (a) **Dairon Elías Martínez Prada**, identificado con la cédula de ciudadanía N° 73.572.202 expedida en Cartagena, estuvo vinculado laboralmente con la Asociación Hipnova- identificada con NIT 900.639.615-8, bajo las siguientes condiciones:

Fecha de Ingreso	: 13 de julio de 2015
Fecha de Retiro	: 12 de marzo de 2017
Tipo de Contrato	: Obra o labor
Cargo	: Anestesiólogo

Se expide a solicitud del interesado (a) a los catorce (14) días del mes de marzo 2017.

EDUARDO DAZA GILI
CC. No.79.317.172 de Bogotá
REPRESENTANTE LEGAL

Carrera 9A N° 17 -55 Sur Piso 2 / Bogotá - Colombia
PBX: 704 6446 / Móvil: 318 2917212
hipnova@hotmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **73.572.202**

MARTINEZ PRADA

APELLIDOS

DAIRON ELIAS

NOMBRES

DAIRON MARTINEZ PRADA

FIRMA



	FECHA DE NACIMIENTO	24-OCT-1975
	CARTAGENA (BOLIVAR)	
	LUGAR DE NACIMIENTO	
	1.71	O+
	ESTATURA	G.S. RH SEXO
		M
	07-FEB-1994	CARTAGENA
	FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION	<i>Carlos Ariel Sánchez Torres</i>
		REGISTRADOR NACIONAL CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
		
A-0500100-00284611-M-0073572202-20110317 0026164228A 2 6091167537		
REGISTRADOR NACIONAL DEL ESTADO CIVIL		

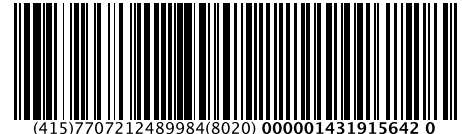
2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14319156420



(415)7707212489984(8020) 000001431915642 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

7 3 5 7 2 2 0 2

6. DV

- 0

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

☐ 3 ☒ 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:

Persona natural o sucesión ilíquida

☒ 2

25. Tipo de documento:

Cédula de ciudadanía

☒ 1 ☒ 3

26. Número de Identificación:

7 3 5 7 2 2 0 2

27. Fecha expedición:

1 9 9 4 0 2 0 7

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País:

☒ 1 ☒ 6 ☒ 9

29. Departamento:

Bolívar

☒ 1 ☒ 3

30. Ciudad/Municipio:

Cartagena

☐ 0 ☐ 0 ☒ 1

31. Primer apellido

MARTINEZ

32. Segundo apellido

PRADA

33. Primer nombre

DAIRON

34. Otros nombres

ELIAS

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

CR 50 106 72 ED EL LAUREL 2 AP 402

42. Correo electrónico:

dairomartinez@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

6 6 0 8 0 7 9

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 2 1

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 6 0 5 3 1

Actividad secundaria

48. Código:

0 0 9 0

49. Fecha inicio actividad:

2 0 1 4 1 0 3 0

Otras actividades

50. Código:

1

2

Ocupación

51. Código

2 2 2 1

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
53. Código:	5	1	6														

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

16- Obligación facturar por ingresos bienes y/o servicios

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código:									

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
☐	☐	57. Modo	☐	☐	☐
		58. CPC	☐	☐	☐

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: ☐ ☐ ☐ 0

61. Fecha: 2 0 1 4 1 0 3 0

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 SOTHER CONTRERAS KAREN SUSANA

985. Cargo: Gestor I



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRICTAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 18-04-2016

Hora: 9:39:02 AM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 73572202-0 DAIRON ELIAS MARTINEZ PRADA

Información

Dirección KR 51 104 B 54 AP 201
Teléfonos 3178873929
Dirección DAIRONMARTINEZ@HOTMAIL.
Fax

Información de

Fecha Inscripción 18/04/2016
Soporte Inscripción 22266383
Fecha Inicio Actividades 24/10/2015
Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica 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



Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y

Kr 30 24 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogotá D.C.



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

75102406729

PERTENECE AL EJERCITO DE

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31-DIC. 05	31-DIC. 15	31-DIC. 25

APELLIDOS Y NOMBRES

MARTINEZ PRADA
DAIRON ELIAS

PROFESION BACHILLER





Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

13 5358/2003

Profesión u Ocupación

Registro No.

MEDICO

Nombres y Apellidos

DAIRON ELIAS MARTINEZ PRADA

C.C. o C.E.

De

C 73572202 CARTAGENA

Institución de Educación

Ciudad

U. DE CARTAGENA CARTAGENA

Código 60045/13

Fecha de Expedición 14/08/09

FIRMA

FIRMA
MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL O SU DELEGADO

Carlos José Rodríguez

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE
CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA
AL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION
DAIRON ELIAS
MARTINEZ PRADA
C.C. 73572202
MEDICO(A)
Expedicion 16/03/2015


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION
DAIRON ELIAS
MARTINEZ PRADA
C.C. 73572202
ESP. EN ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION
Expedicion 16/03/2015


LIBERTAD Y ORDEN

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

13 5358/2003
Profesión u Ocupación

Registro No.

MEDICO
Nombres y Apellidos
DAIRON ELIAS MARTINEZ PRADA
C.C. o C.E. C 73572202 De CARTAGENA
Institución de Educación U. DE CARTAGENA Ciudad CARTAGENA
Codigo 60045/13 Fecha de Expedición 14/08/09

ReTHUS

A continuación diligencie su identificación para proceder a consultar si se encuentra registrado en el Registro Nacional del Talento Humano en Salud.

TIPO DE IDENTIFICACIÓN *

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN *

Cédula de Ciudadanía ▼

73572202

Verificar Registro en ReTHUS

Limpiar

El ciudadano con Identificación CC 73572202,
se encuentra inscrito en el Registro Nacional
de Talento Humano en Salud.

Tribunal Nacional de Ética Médica

Ley 23 /81 - Artículo 63

C-1235

EL SUSCRITO PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

NACIONAL DE ETICA MEDICA

MANIFIESTA:

Que revisados los Libros Radicadores del Tribunal Nacional de Ética Médica, así como los reportes presentados por algunos de los Tribunales Seccionales de Ética Médica, no se encontró que contra el(a) doctor(a) **DAIRON ELIAS MARTINEZ PRADA**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía No. 73572202 de Cartagena y T.P. o R.M. No. 73572202 del(a) Secretaria de Salud de Bogotá, curse o haya cursado proceso disciplinario ético profesional alguno.

Dada en Bogotá, D. C., a los veintiocho (28) días del mes de marzo de dos mil diecisiete (2017) a solicitud del(a) interesado(a).

JAIME FERNANDO GUZMAN MORAN MD., MSC.
Presidente





Centro
Policlínico del Olaya
Trabaja por la Salud y la Vida

Sucursal: 01 C.P.O.

Paciente: MARTINEZ PRADA DAIRON ELIAS

Identificación: CC: 73572202

Historia Clínica: 73572202

Sexo: Masculino

Años: 41 M: 5 D: 7

Sede / Orden: 1 / 1234170

Servicio: ###CONSULTA

Médico: N/A

Ingreso: 01/04/2017 07:01:53

Ubicación:

Convenio: PARTIC03NUEVO

Tipo Paciente: AMBULATORIO

Teléfono: 0

ESTUDIO

RESULTADOS

UNIDADES

RANGO BIOLOGICO DE REF.

HEPATITIS B ANTICUERPOS ANTI SUPERFICIE (ANTI HBS AG) :

RESULTADO:

21.51

UI/mL

Negativo: Menor a 10

Positivo: Mayor a 10

Método: MEIA

Fecha y Hora de Validación: 01/04/2017 09:10:09

Claudia Penuela
Claudia Penuela González
Bacterióloga

Dra. Claudia Penuela González
C.C. 1.012.355.768 Bact. U.C.M.C Validación:
HEPATITIS B ANTICUERPOS ANTI SUPERFICIE (ANTI
HBS AG)
01/04/2017 09:10:09

Página: 1

CONCEPTO MEDICO LABORAL

FECHA: 22/03/17

TIPO DE EVALUACIÓN

INGRESO X EGRESO PERIODICO REUBICACIÓN POSINCAPACIDAD OTRO

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE: PARTICULAR ACTIVIDAD ECONÓMICA SALUD CIUDAD: Bogotá

DATOS DEL TRABAJADOR

PRIMER APELLIDO: MARTINEZ SEGUNDO APELLIDO: PRADA NOMBRE(S): DAIRON ELIAS

IDENTIFICACIÓN: 73.572.202 FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 24/OCT/75. CARTAGENA

EDAD: 41 GENERO: MASCULINO

ESTUDIOS Y/O PRUEBAS REALIZADAS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: X VISIOMETRIA (TAMIZ) AUDIOMETRIA (TAMIZ):

ESPIROMETRIA (TAMIZ): LABORATORIO CLÍNICO: OTROS:

CONCEPTO

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

RECOMENDACIONES GENERALES

PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA.

RECOMENDACIONES INCLUSION A SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA NINGUNO

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES OCUPACIONALES NINGUNA

Dr. Rubén Darío Neira Medina
Médico Especialista en
Salud Ocupacional
Universidad de Cartagena
R.M. 20199

RUBÉN DARÍO NEIRA MEDINA

MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

RM 20199 LSO 1549


FIRMA TRABAJADOR


HUELLA



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD



CARNÉ DE PROTECCION RADIOLOGICA
No. 21867

DAIRON ELIAS
MARTINEZ PRADA
I.D. 73572202

ESP. EN ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION

CATEGORIA :

Expedicion 26/09/2017

Vencimiento 25/09/2021

 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL		CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22	
SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO - SARLAFT					
FECHA:	2018-12-17	CIUDAD:	Bogota	DEPARTAMENTO:	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	☒
SERVIDOR PUBLICO	☐	OTRO	☐	CUAL:	
1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL					
PRIMER APELLIDO	MARTINEZ	SEGUNDO APELLIDO:	PRADA	PRIMER NOMBRE	DAIRON
SEGUNDO NOMBRE	ELIAS	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		CARTAGENA	
TIPO DE IDENTIFICACION		No IDENTIFICACION		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C.	☒	C.E.	☐	R.C.	☐
NUP	☐	73572202		1994-02-07	
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:	1978-10-02	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	CARTAGENA	PAIS NACIMIENTO	COLOMBIA
NACIONALIDAD:	COLOMBIANO				
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELEFONO CELULAR	
SOLTERO(A)	☐	CASADO	☒	DIVORCIADO	☐
UNION LIBRE	☐	OTRO	☐	4	3
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA				PROFESION / OFICIO	
MAESTRO	☐	POSGRADO	☒	UNIVERSITARIO	☐
BACHILLER	☐	OTRO	☐	PRIMARIA	☐
TECNICO	☐	TECNOLOGO	☐	CUAL:	ANESTESIOLOGO
DIRECCION RESIDENCIA:	CRA 50 #106 - 72	CIUDAD RESIDENCIA	BOGOTA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
PAIS RESIDENCIA:	COLOMBIA	TELEFONO RESIDENCIA			
3178873929					
CORREO ELECTRONICO:	daironmartinez@hotmail.com	PORTAL O PAGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)		CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX
2. DATOS DEL CONYUGE					
PRIMER APELLIDO	PATERNINA	SEGUNDO APELLIDO:	MORENO	PRIMER NOMBRE	MERLY
SEGUNDO NOMBRE	MAUD	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)		CHINU - CORDOBA	
TIPO DE IDENTIFICACION		NUMERO IDENTIFICACION		FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)	
C.C.	☒	C.E.	☐	R.C.	☐
NUP	☐	35143540		1970-01-12	
PASAPORTE	☐	OTRO	☐	ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☒	
NACIONALIDAD:	COLOMBIANA				
3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:					
ASALARIADO	☐	ESTUDIANTE	☐	PROFESIONAL INDEPENDIENTE	☐
SOCIO	☐	CONTRATISTA	☒	EMPLEADO SOCIO	☐
COMERCIANTE	☐	OTRO	☐	CUAL: ANESTESIOLOGO	
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:		DECLARAR RENTA	SI ☒ NO ☐	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA	
IVA		SI ☒ NO ☐	8621 0090		
ICA		SI ☒ NO ☐	PRINCIPAL: ☐ CUNDARIA: ☐		
GRAN CONTRIBUYENTE	SI ☐ NO ☒	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☒	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☒
FUNCIONARIO PUBLICO	SI ☐ NO ☐	ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS	SI ☐ NO ☒	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SUBRED INTEGRADA DE SEERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO	SI ☒ NO ☐	SAL	☐
# SIT		900959051-7			
EXPORTACIONES	☐	AGRICOLA	☐	ENERGETICA	☐
FINANCIERA	☐	TRANSPORTE	☐	ALIMENTOS	☐
OTRA	☒	CUAL:			
DIRECCION DE LA EMPRESA	DIAGONAL 34 #5 - 43	TELEFONO	3444484	CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA	PAIS	COLOMBIA	CARGO ACTUAL	
ANESTESIOLOGO		FECHA VINCULACION		2017-04-01	
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	\$ 18.000.000	GASTOS FAMILIARES	\$ 8.000.000	AHORROS	SALDO HIPOTECA
HONORARIOS		ARRIENDOS		INVERSIONES	TARJETAS DE CREDITO
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO	\$ 2.000.000	VEHICULOS	DEUDA VEHICULOS

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL			CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22		
COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	\$ 5.000.000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	\$ 18.000.000	TOTAL EGRESOS	\$ 15.000.000	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	
MANJARREZ		HERNANDEZ		ALDEMAR		JOSE	
DIRECCION		CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS		TIPO RELACION		TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR	
CALLE 25 # 23 - 75		CARTAGENA/BOLIVAR/COLOMBIA		AMIGO		3135206711	
7. REFERENCIA FINANCIERA							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		SUCURSAL	
BBVA		CUENTA DE AHORROS		627204456		C.C. ANDINO	
						2573188	
MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI NO ☐							
NOMBRE ENTIDAD		TIPO DE PRODUCTO		NUMERO		PAIS/CIUDAD	
						MONEDA	
						MONTO PROMEDIO	
DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA REALIZADAS:							
IMPORTACION ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIA ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ CUAL: <input type="text"/>							
8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS							
<p>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":</p> <p>1. Que los recursos que entregue y entregará a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):</p> <div>Honorarios como médico especialista en Anestesiología</div> <p>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)</p> <p>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.</p> <p>4. Así mismo declaro que los recursos que recibo de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.</p> <p>5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.</p> <p>6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.</p> <p>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.</p>							
9. DOCUMENTOS REQUERIDOS							
<p>Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días o comprobantes de nómina de los tres últimos meses o copia del certificado de ingresos y retenciones + declaración de renta si es declarante.</p> <p>Pensionado: Certificado de pensión o desprendibles de pago de los últimos tres meses + declaración de Renta si es declarante.</p> <p>Profesional Independiente/Contratista por OPS: Constancia de Honorarios o Certificaciones de contratos no mayor a 30 días calendario indicando vigencia y tipo de servicio o constancia de comisiones o certificado de inversiones o contratos de arrendamiento o extractos bancarios de los últimos tres meses o certificación firmada por contador público o estados financieros certificados + declaración de renta si es declarante. Nota: Si presenta estados financieros o certificación de contador, debe anexar copia de la tarjeta profesional del contador legible.</p> <p>Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante</p>							
<p>1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Camara de Comercio (Para Comerciantes)</p> <p>2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.</p> <p>3. Fotocopia Inscripción en el Rit Distrital.</p> <p>4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.</p> <p>5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)</p> <p>6. Estados Financieros del último periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso. (Obligados a llevar contabilidad)</p> <p>APODERADO: Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.</p> <p>NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)</p>							
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							
<p>1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.</p> <p>2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.</p> <p>3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.</p> <p>4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:</p>							
AUTORIZACION							

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>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</div>	<div>CÓDIGO: ET-CA-FT-011 VERSIÓN: 02 FECHA: 2017-08-22</div>																																												
<p>Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 43, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.</p> <p>Declaro expresamente:</p> <p>A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.</p> <p>B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:</p> <p>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 trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con 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) Controlar el cumplimiento de los requisitos para acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) 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) Realización de encuestas sobre satisfacción 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 regulaciones 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.</p> <p>2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.</p> <p>3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la 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 médica, 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 adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para 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.</p> <p>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.</p> <p>5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el 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 las mismas.</p> <p>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.</p> <p>7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACION: Que como titular de la información, nos asisten los derechos previstos en la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí.</p> <p>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 incluyen en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se comparten, transfieren, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de los previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud (<u>Diagonal 34 No 5 - 43 Bogotá DC, teléfono 344 44 84, e-mail varlaft@subredcentroorientegov.co</u>) y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (<u>INDICAR DIRECCION, CIUDAD, TELEFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO</u>).</p> <p>9. AUTORIZACION: 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 las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.</p> <p>NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientegov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".</p>																																														
<div><div>IX. FIRMA Y HUELLA</div><div>COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO</div><div><div></div><div></div></div><div><div>Firma Cliente / Representante Legal</div><div>Huella Índice Derecho</div></div></div>																																														
<div><div><div><div>X. INFORMACION DE ENTREVISTA</div><table><tr><td>1. Fecha</td><td></td><td>2. Ciudad</td><td></td></tr><tr><td colspan="4">3. Nombre del funcionario o Asesor:</td></tr><tr><td colspan="4">4. Lugar de la Entrevista:</td></tr><tr><td colspan="4">5. Observaciones:</td></tr><tr><td colspan="2">6. Resultado de la Entrevista:</td><td>ACEPTADO ☐</td><td>RECHAZADO ☐</td></tr><tr><td colspan="4">7. Firma y Cédula</td></tr></table></div><div><div>XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION</div><table><tr><td>1. Fecha</td><td></td><td>2. Ciudad</td><td></td></tr><tr><td colspan="4">3. Nombre y Cargo de quien verifica:</td></tr><tr><td colspan="4">4. Lugar de la verificación:</td></tr><tr><td colspan="4">5. Observaciones:</td></tr><tr><td colspan="4">6. Firma y cédula:</td></tr></table></div></div></div>			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				1. Fecha		2. Ciudad		3. Nombre y Cargo de quien verifica:				4. Lugar de la verificación:				5. Observaciones:				6. Firma y cédula:			
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																																														
1. Fecha		2. Ciudad																																												
3. Nombre y Cargo de quien verifica:																																														
4. Lugar de la verificación:																																														
5. Observaciones:																																														
6. Firma y cédula:																																														

1. Año **2017**

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

2113630037208



(415)7707212489984(8020) 000211363003720 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12. Cod. Dirección seccional	
7 3 5 7 2 2 0 2		0	MARTINEZ	PRADA	DAIRON	ELIAS	3 2	
24. Actividad económica		25. Cód.		26. No. Formulario anterior		27. Fracción año gravable 2018 (Marque "X")		
0 0 9 0						28. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque "X")		
Patrimonio	Patrimonio bruto	29	100,000,000	Renta por dividendos y participaciones	Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	67		
	Deudas	30	80,000,000		Ingresos no constitutivos de renta	68		
	Total patrimonio líquido	31	20,000,000		Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores	69		
Rentas de trabajo	Ingresos brutos por rentas de trabajo (art 103 E.T.)	32	0	Renta por dividendos y participaciones	1a. Subcédula año 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	70		
	Ingresos no constitutivos de renta	33	0		2a. Subcédula año 2017 y siguientes Parágrafo 2 art. 49 del E.T.	71		
	Renta líquida	34	0		Renta líquida pasiva dividendos - ECE y/o recibidos del exterior	72		
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables	35	0		Rentas exentas de la casilla 72	73		
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables (limitadas)	36	0		Rentas líquidas gravables de dividendos y participaciones	74		
Renta de pensiones	Renta líquida cedular de trabajo	37	0	Renta por dividendos y participaciones	Total rentas líquidas cedulares	75	98,483,00	
	Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	38	0		Renta presuntiva	76		
	Ingresos no constitutivos de renta	39	0		Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior	77		
	Renta líquida	40	0		Costos por ganancias ocasionales	78		
	Rentas exentas de pensiones	41	0		Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	79		
Rentas de capital	Renta líquida cedular de pensiones	42	0	Ganancias Ocasional	Ganancias ocasionales gravables	80		
	Ingresos brutos rentas de capital	43	0		Impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	De trabajo y de pensiones	81	
	Ingresos no constitutivos de renta	44	0			De capital y no laborales	82	18,163,00
	Costos y gastos procedentes	45	0			Por dividendos y participaciones año 2016 - casilla 69	83	
	Renta líquida	46	0			Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 1a. Subcédula	84	
	Rentas líquidas pasivas de capital - ECE	47	0			Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a. Subcédula, y otros	85	
	Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas de capital	48	0		Total impuesto sobre las rentas líquidas cedulares	86	18,163,00	
	Rentas exentas de capital y deducciones imputables (limitadas)	49	0		Impuesto sobre la renta presuntiva	87		
	Renta líquida ordinaria del ejercicio	50	0		Total impuesto sobre la renta líquida	88	18,163,00	
	Pérdida líquida del ejercicio	51	0		Descuentos	Impuestos pagados en el exterior	89	
Compensación por pérdidas de ejercicios anteriores	52	0	Donaciones	90				
Renta líquida cedular de capital	53	0	Otros	91				
Rentas no laborales	Ingresos brutos rentas no laborales	54	264,483,000	Liquidación privada	Total descuentos tributarios	92		
	Devoluciones, rebajas y descuentos	55	0		Impuesto neto de renta	93	18,163,00	
	Ingresos no constitutivos de renta	56	16,000,000		Impuesto de ganancias ocasionales	94		
	Costos y gastos procedentes	57	150,000,000		Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	95		
	Renta líquida	58	98,483,000		Total impuesto a cargo	96	18,163,00	
	Rentas pasivas no laborales - ECE	59	0		Anticipo renta liquidado año gravable anterior	97	548,00	
	Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas no laborales	60	0		Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	98		
	Rentas exentas no laborales y deducciones imputables (limitadas)	61	0		Retenciones año gravable a declarar	99	18,359,00	
	Renta líquida ordinaria del ejercicio	62	98,483,000		Anticipo renta para el año gravable siguiente	100		
	Pérdida líquida del ejercicio	63	0		Saldo a pagar por impuesto	101		
	Compensaciones	64	0		Sanciones	102		
	Rentas líquidas gravables no laborales	65	0		Total saldo a pagar	103		
Renta líquida cedular no laboral	66	98,483,000	Total saldo a favor	104	744,00			

105. No. Identificación signatario		106. DV	107. No. Identificación dependiente	108. Parentesco
981. Cód. Representación	Firma del declarante o de quien lo representa	997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora		980. Pago total \$
982. Cód. Contador	Firma contador	2018-10-19/16:59:40		0
983. No. Tarjeta profesional	994. Con salvedades	996. Espacio para el número interno de la DIAN/ Adhesivo		
20180934352770				51079797025826

CE-006 - 0000000100 – 2018

CERTIFICA

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

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 73572202
NOMBRES Y APELLIDOS	Martinez Prada,Dairon Elias
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	16/07/2013
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Martinez Prada,Dairon Elias, a los 16 días del mes de diciembre del año 2018.

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



Yiseth Johanna Corredor Ospina
Coordinadora de Gestión de la Afiliación.



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **DAIRON ELIAS MARTINEZ PRADA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **73,572,202**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 16 días del mes de Diciembre de 2018.

Gerente de Clientes

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

73572202
Numero de Documento

SURA
ARL

DAIRON | ELIAS | MARTINEZ | PRADA
Primer Nombre Segundo Nombre Primer Apellido Segundo Apellido

24-oct-75 | CARTAGENA | CRA 50 #106 - 72 | 3178873929
F. Nacimiento dd/mm/aa Ciudad de Nacimiento Dirección de Residencia Teléfono Fijo

SANITAS | PORVENIR | \$ 8000000
EPS - Salud AFP - Pensiones Honorarios

ANESTESIOLOGO | 16-ene-19
Objeto Contractual (Cargo) Fecha Inicio del Contrato

daironmartinez@hotmail.com | 3178873929
Correo Electrónico Celular

DAIRON MARTINEZ PRADA
Firma del Afiliado
GA 1306 202

Firma y Nombre Supervisor del Contrato
C.C.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 119263422



WEB

20:26:03

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 16 de diciembre del 2018

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DAIRON ELIAS MARTINEZ PRADA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 73572202:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

ATENCIÓN :

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

LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy domingo 16 de diciembre de 2018, a las 20:24:20, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	73572202
Código de Verificación	73572202181216202420

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

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



SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB





Bogotá D.C., 16 de Diciembre de 2018 - 20:20 pm

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

CERTIFICA

Que una vez consultado el sistema de Registro de Sanciones e Inhabilidades Disciplinarias de la Personería de Bogotá D.C., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **SETENTA Y TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS DOS**

73572202

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 JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: **12_BW4L1_2020**

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



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO

INSTITUCIÓN

CONTÁCTENOS

PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 11:08:19 horas del 17/12/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 73572202

Apellidos y Nombres: **MARTINEZ PRADA DAIRON ELIAS**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las **instalaciones de la Policía Nacional** más cercanas.



Carrera 27 N° 18 - 41
(Paloquemao), Bogotá DC
Atención administrativa de
lunes a viernes de 8:00 am -
12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al
Ciudadano - Bogotá D.C. (571)
51 591 11 / 91 12
Resto del país: 018000 910
112
Requerimientos ciudadanos
24 horas
Fax (571) 5159581 - E-mail:
lineadirecta@policia.gov.co.



Presidencia de
la República



Ministerio de
Defensa Nacional

Todos los derechos reservados.



Portal Único de
Contratación



Gobierno en
Línea

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **DAIRON ELIAS MARTINEZ PRADA**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 73.572.202** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS AHORRODIARIO No. 627204456** abierta el **15 de enero de 2016**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **16** días del mes de **diciembre** del año **2018**.

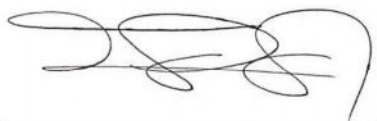
Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0627204456**

Cuenta de 16 dígitos: **0627000200204456**

Cuenta de 20 dígitos: **00130627000200204456**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.