



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

LISTA DE CHEQUEO - VERIFICACIÓN DE REQUISITOS CONTRATISTAS

CO-OPS-FT-07 V2

N°	DOCUMENTO	ESPECIFICACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	APLICA	NO APLICA
1	Fotocopia del documento de Identidad	Cedula de ciudadanía Cedula de Extranjería	☒			
2	Formato de Hoja de Vida Función Publica	Completamente diligenciado y firmado (sin tachones ni enmendaduras)	☒			
3	Formato de declaración bienes y rentas	Completamente diligenciado y firmado (sin tachones ni enmendaduras)	☒			
4	Diplomas y actas de grado	Diploma y acta de Bachiller para auxiliares Diploma y acta de Bachiller para técnicos Diploma y acta de Bachiller tecnólogos Diploma y acta de grado de pregrado de acuerdo a la especialidad Diploma y acta de grado de postgrado de acuerdo a la especialidad	☒			
5	Certificado de estudios adicionales	Cursos, seminarios, diplomados, entrenamientos específicos, etc.	☒			
6	Certificado de experiencia laboral	Los certificados anexos deben ser los mencionados en la Hoja de vida Función Publica	☒			
7	Fotocopia de la tarjeta profesional SDS - ANEC - COPNIA - Colegios Profesionales (Medico, Bacteriólogo, Fisioterapeutas, Químicos Farmacéutico, Psicólogo (a), etc.	Tarjeta profesional y/o certificado de inscripción del ente regulador y de control y/o RETHUS conforme a la ley 1164 y la Resolución 3030 de 2014	☒			
8	Libreta Militar	Hombres hasta 50 años Jóvenes : Plazo de 18 meses para traer la libreta, una vez inicie contrato	☒			
9	Antecedentes disciplinarios, fiscales y judiciales	Personería ☒ Contraloría ☒ Procuraduría ☒ Policía ☒	☒			
10	Antecedentes profesionales en los casos que aplique	Abogados (consejo superior de la Judicatura) Profesionales en Ingeniería o afines (COPNIA)	☒			
11	RUT	Actualizado con la actividad económica relacionada con el objeto contractual	☒			
12	RIT	Actualizado con la actividad económica y relacionado con el objeto contractual que coincida con el RUT	☒			
13	Examen pre ocupacional	Vigente - Decreto 723 de 2013 (NO SUPERIOR A TRES AÑOS)	☒			
13	Para todo el Personal	General y visiometría ☐	☒			
13	Para conductores y auxiliares de mantenimiento	General, visiometría y audiometría ☐	☒			
14	Cursos por Habilitación que debe tenerse vigentes según perfil	Auxiliares de Enfermería.- Curso soporte vital básico vigente - SVB ☐ Auxiliares de Enfermería Ambulancia.- Curso de soporte vital avanzado vigente - ACLS y curso APH ☐ Auxiliares que realicen actividades de vacunación.- Curso PAI ☐ Médicos áreas de urgencias.- Curso de soporte vital avanzado vigente - ACLS ☐ Enfermeras.- Soporte vital básico vigente - SVB ☐ Enfermeras áreas de Urgencias.- Soporte vital avanzado vigente - ACLS y Curso de Administración de medicamentos ☐ Tecnólogo de Radiología, Auxiliares de Odontología, Odontólogos y Médicos Radiólogos.- Carnet de radio protección SDS ☐ Conductores.- Licencia de conducción - constancia de comparendos. Curso de primeros auxilios y primer respondiente ☐	☒			
15	Curso de Alturas	Área de Mantenimiento ☐	☒			
16	Poliza de Responsabilidad civil profesional (valor amparado mínimo 100 SMLM)	Perfiles.- Médicos, Médicos Especialistas, Odontólogos, odontólogos Especialistas, Profesionales en Enfermería, Bacteriólogos, Instrumentador quirúrgico, fisioterapeuta y terapeuta respiratoria- LA GARANTÍA DEBE ESTAR CONSTITUIDA CON CUALQUIER ASEGURADORA QUE AMPARE MÍNIMO 100 SMLMV) - VIGENTE UNA VEZ SUSCRIBA EL CONTRATO	☒			
17	Para el caso de salud mental	Certificado de entrenamiento en salud mental	☒			
18	Certificación de afiliación a seguridad social en salud y/o SOPORTE DE AFILIACIÓN COMO INDEPENDIENTE	EPS ☐ ARL ☐ AFP ☒	☒			
19	Autorización de verificación de Títulos debidamente firmado	Para todos los perfiles a excepción Bachilleres.	☒			

OBSERVACIONES:

NOMBRE

Johanna Rodríguez

QUIEN RECEPCIONA Y VERIFICA DOCUMENTOS

FECHA:

26-12-17

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.022.923.196

APELLIDOS GUTIERREZ VALENCIA

NOMBRES MIGUEL ANTONIO

FIRMA

Miguel A. Gutierrez U



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-FEB-1986

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78

ESTATURA

O+

G.S. RH

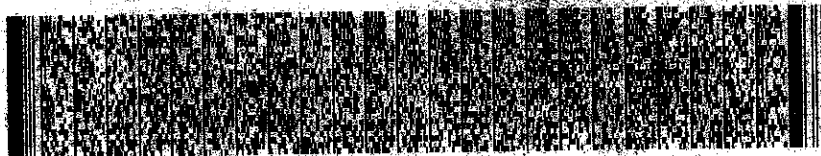
M

SEXO

10-MAR-2004 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00618212-M-1022923196-20140903

0039839170A 1

1983006779

REPUBLICA DE COLOMBIA



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

ENTIDAD RECEPTORA

PRIMER APELLIDO GUTIERREZ		SEGUNDO APELLIDO O DE CASADA VALENCIA		NOMBRES MIGUEL ANTONIO	
C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐		SEXO F ☐ M ☒ X		NACIONALIDAD PAÍS Colombia	
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒ X		N° 1022923196		D.M.: 52	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA VERE DA CHIGUAZA			
FECHA DÍA 2 4 MES 0 2 AÑO 8 6					
PAÍS COLOMBIA		PAÍS COLOMBIA		DEPTO CUNDINAMARCA	
DEPTO CUNDINAMARCA		MUNICIPIO BOGOTA			
MUNICIPIO BOGOTA		TELÉFONO 3156486492		EMAIL miguelgutierrez24@hotmail.co	

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BÁSICA												
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10o.	11o.	MES	AÑO
											12	2 0 0 1

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO. EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

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

MODALIDAD	NO. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO	NO. DE ESTUDIOS	TERMINACIÓN	NO. DE TARJETA
ACADÉMICA		SI NO	NO. DE ESTUDIOS	MESES AÑO	NO. DE TARJETA
T L	3		X	DESARROLLO DE SORTFWARE	

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
	B B MB R	B B MB R	B B MB R
INGLES	x		X
FRANCES			

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRUCTURA DE ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL									
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS	
Hospital Usme I Nivel				x				Colombia	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Cundinamarca		Bogotá							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
7660666		DÍA 7 MES 11 AÑO 1997				DÍA MES AÑO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA				DIRECCIÓN			
AUXILIAR ADMINISTRATIVO		FACTURACION				Carrera 13 # 135 a 42			
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS	
Hospital Usme I Nivel				x				Colombia	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Cundinamarca		Bogotá							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
7660666		DÍA 7 MES 11 AÑO 1997				DÍA MES AÑO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA				DIRECCIÓN			
AUXILIAR DE ESTADISTICA		CONSULTA EXTERNA				Carrera 13 # 135 a 42			
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS	
								Colombia	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Cundinamarca		Bogotá							
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
		DÍA MES				DÍA 31 5			
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA				DIRECCIÓN			
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
		DÍA MES AÑO				DÍA MES AÑO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA				DIRECCIÓN			
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
		DÍA MES AÑO				DÍA MES AÑO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA				DIRECCIÓN			
EMPRESA O ENTIDAD				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS	
DEPARTAMENTO		MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
TELÉFONOS		FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO			
		DÍA MES AÑO				DÍA MES AÑO			
CARGO O CONTRATO ACTUAL		DEPENDENCIA				DIRECCIÓN			

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA.

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1.995, 489 y 443 de 1.998)

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	9	1
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	0	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	9	1

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL 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 MÍ ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).


MIGUEL ANTONIO GUTIERREZ VALENCIA
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS



FORMULARIO UNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS
Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1. DE BIENES Y RENTAS

YO, MIGUEL ANTONIO GUTIERREZ VALENCIA

IDENTIFICADO CON: C.C. ☐ 1 C.E. ☐ 2 T.I. ☐ 3 N° 1.022.923.196 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia Departamento Cundinamarca Municipio Bogotá

Barrio-Dirección Calle 137 SUR # 3 - 31 Teléfonos 3156486492

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSANGUINIDAD A:

Nombre	Valor	Parentesco
FELIX ALBERTO GUTIERREZ GUAVITA	3.232.188	PADRE
LUZ DARY VALENCIA	21.076.398	MADRE
HEINER MATEO GUTIERREZ MUÑOZ	1.022.977.927	HIJO

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 LOS UNICOS BIENES Y RENTAS 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	
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	
GASTOS DE REPRESENTACION	-
ARRIENDOS	-
HONORARIOS	14.674.000
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	\$ 14.674.000

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

ENTIDAD RECEPTORA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE CUENTA	SEDE	VALOR
DAVIVIENDA	AHORRO	004870248822	BOGOTA	

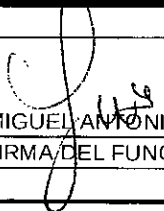
c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	VALOR

EMPLEADOR O CONTRATANTE

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACION)		
d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:		
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:		
b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:		
c) En la actualidad: S I X N O tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE	DOCUMENTO IDENTIFICACION	DE N°
JENNY MALLERLY MUÑOZ PAEZ	C.C. X C.E. T.I.	1.022.955.904

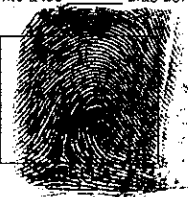
2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA	
Las actividades económicas de caracter privada, adicionales a las declaradas anteriormente, que se venían desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:	

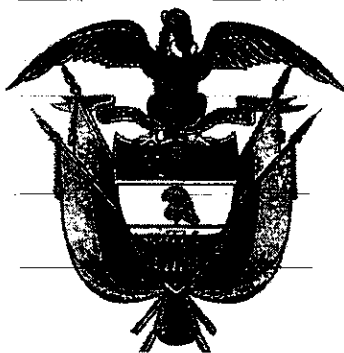
3. FIRMA	
	
MIGUEL ANTONIO GITIERREZ VALENCIA	BOGOTA
FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA	Diciembre 2017
	CIUDAD Y FECHA

DAFP-DAP

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.							
FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT						PM-GRI-FT-05	
Fecha de Diligenciamiento		Día <u>20</u>		Mes <u>Diciembre</u>		Año <u>2017</u>	
Clase de Vinculación		Proveedor ☐	Colaborador ☒	EAPB ☐	Otro ☐		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Nombre Completo <u>Miguel Antonio Gutierrez Valencia</u> CC ☒ CE ☐ TI ☐ Otro ☐ N° <u>1022923196</u> </div> <div> Fecha Nacimiento Día <u>24</u> Mes <u>02</u> Año <u>1986</u> Lugar Nacimiento <u>Bogotá</u> </div> </div>							
Profesión, Ocupación u Oficio <u>Auxiliar Administrativo</u>				Fecha Expedición Documento <u>10-03/2004</u>			
Dirección Residencia <u>Nerada Chiguaza</u>				Teléfono (s) <u>315-6486492</u>			
Ingresos Mensuales <u>\$ 1500.000=</u>				Egresos Mensuales <u>\$ 1500.000=</u>			
Otros ingresos diferentes a la relación contractual SI ☐ NO ☒				Otros Ingresos Mensuales			
Concepto Otros Ingresos							
Estado Civil <u>Unión Libre.</u>				Correo Electrónico <u>miguelgutierrez24@hotmail</u>			
Marque con una (x), según corresponda, por su Perfil, Cargo o Profesión: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> ¿Maneja Recursos Públicos? SI ☒ NO ☐ ¿Ejerce algún grado de Poder Público? SI ☐ NO ☒ </div> <div> ¿Tiene Reconocimiento Público? SI ☐ NO ☒ ¿Es familiar de una persona públicamente expuesta? SI ☐ NO ☒ </div> </div>							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> Nombre o Razón Social Tipo de Empresa Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Sector de la Economía Fecha de constitución en Cámara de Comercio AAAA-MM-DD Oficina Principal Dirección Teléfono (s) Representante Legal Nombre Completo CC ☐ CE ☐ TI ☐ Otro ☐ N° Representante Legal Dirección Teléfono </div> <div> NIT DV CIU E-mail Ciudad Tiene Sucursales SI ☐ NO ☐ </div> </div>							
Identificación de Accionistas que tengan directa o indirectamente más del 5% del Capital Social, Aporte o Participación.							
Tipo ID	Número ID	Nombre Completo	¿Por su actividad o cargo goza de Reconocimiento Público, Poder Público y/o Recursos Públicos? Marque SI o NO y especifique.				
¿Realiza transacciones en Moneda Extranjera? SI ☐ NO ☒ Cuál ¿Posee productos Financieros en el Exterior? SI ☐ NO ☒ Cuál							
Producto	Número Producto	Moneda	Monto	Entidad	País	Ciudad	

Todos los espacios de este formulario deben quedar diligenciados, por lo tanto en aquellos que no tenga información por favor escriba N.A. (No aplica).

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.		
	FORMULARIO ÚNICO DE CONOCIMIENTO PERSONAS NATURALES Y JURIDICAS SARLAFT		
DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS			
Declaro expresamente que:			
1. Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.			
2. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.			
3. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a la Financiación del Terrorismo.			
4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico o corrupción.			
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio):			
Origen de Ingresos:	Prestar servicios de apoyo a la gestión Administrativa en la Subred SUR.		
CONSIDERACIONES Y AUTORIZACIONES			
1. Los datos personales solicitados en el presente formulario de conocimiento del cliente son recogidos atendiendo las disposiciones e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para prevenir y controlar el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.			
2. Que conforme con lo dispuesto por el literal b) 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.			
3. La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. podrá terminar unilateralmente e inmediatamente el vínculo contractual, cuando el proveedor, colaborador, EAPB u otro, llegaren a:			
* Estar vinculados por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, financiación del terrorismo, terrorismo, lavado de activos, testaferrato y/o tráfico de estupefacientes.			
* Ser incluidos en listas vinculantes de acuerdo con lo estipulado en la Manual SARLAFT.			
* Ser condenado por parte de las autoridades competentes por cualquiera de los delitos fuente del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo descritos en el Código Penal Colombiano.			
4. Autorizo ser consultado en listas y/o bases de datos que permitan prevenir el Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.			
FIRMA Y HUELLA			
Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes,			
firmo el presente documento a los _____ días del mes de <u>Diciembre</u> del año <u>2017</u> , en la ciudad de <u>Bogotá</u>			
			
<u>Uziel Gutierrez</u> FIRMA PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL			
ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DE LA SUBRED SUR - INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN			
Nombre Completo de quien verifica	<u>Jorge Hernan Rojas Gomez</u>	Cargo	<u>Lider Facturación</u>
Fecha de Verificación	<u>2017-12-20</u>	Hora	<u></u>
		Firma	<u>Jorge H Rojas</u>
Observaciones	<div></div>		



La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre la

*Institución Educativa Distrital
"Francisco Antonio Leá de Usme"*

*Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá D. C., según
Resolución de Aprobación Oficial No. 2382 del 14 de Agosto de 2002*

Confíere a:

Miguel Antonio Gutiérrez Valencia

T.I. No. 860224-52861 de Bogotá D. C.

*El Título de
Bachiller Académico*

*Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes
al nivel de Educación Media, según los planes y programas vigentes
y de acuerdo al Decreto 3011 de Diciembre 19 de 1997*

Rector/a

Secretario



Martha Elizabeth Páez Chavarría

Carlos Eduardo Morales Corredor

Registro Interno

Acta No. 28 Folio No. 4

Acta de Grado



Institución Educativa Distrital Francisco Antonio Zea de Usme

Calle 10 No. 5-39 Usme - Tel. 766 00 68

Inscripción S.E. : 2389

Dane: 11185000747

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 5 días del mes de Diciembre de 2003 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rectora y Secretario en la Rectoría de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA DISTRITAL FRANCISCO ANTONIO ZEA DE USME, Institución aprobada indefinidamente en el nivel de Educación Media y Autorizada por La Secretaría de Educación Distrital, para otorgar el Título de BACHILLER en la Modalidad Académica, según Resolución No. 2382 del 14 de Agosto de 2002.

Comprobada la situación legal y académica, según informe del Comité de Evaluación y Promoción, de cada uno de los estudiantes que alcanzaron los logros correspondientes al nivel de Educación Media se procedió a otorgar el TÍTULO DE BACHILLER ACADÉMICO al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

Miguel Antonio Gutiérrez Valencia

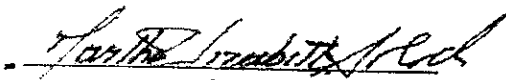
T.I. No. 860224-52861 de Bogotá D.C.

Es fiel copia tomada del Acta original general No. 27 de fecha 5 de Diciembre de 2003 que consta de 63 estudiantes graduados, comienza con el nombre de Ardila Muñoz Diana Fernanda y se cierra con el nombre de Zamora Rivera Julieth Janette.

Firmada y sellada por Martha Elizabeth Soler Chauxarro (Rectora) y Carlos Eduardo Morales Corredor (Secretario)

Dada en Bogotá D.C., a los 5 días del mes de Diciembre de 2003

En constancia se firma la presente por quienes intervinieron en cumplimiento a lo ordenado en el Artículo 7o. del Decreto 180 de 1981. No Requiere ser Registrado en la Secretaría de Educación según Decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994


Rectora


Secretario



HOSPITAL DE USME
I NIVEL E.S.E.

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DEL SUR

CERTIFICA QUE:

Miguel Gutiérrez Valencia

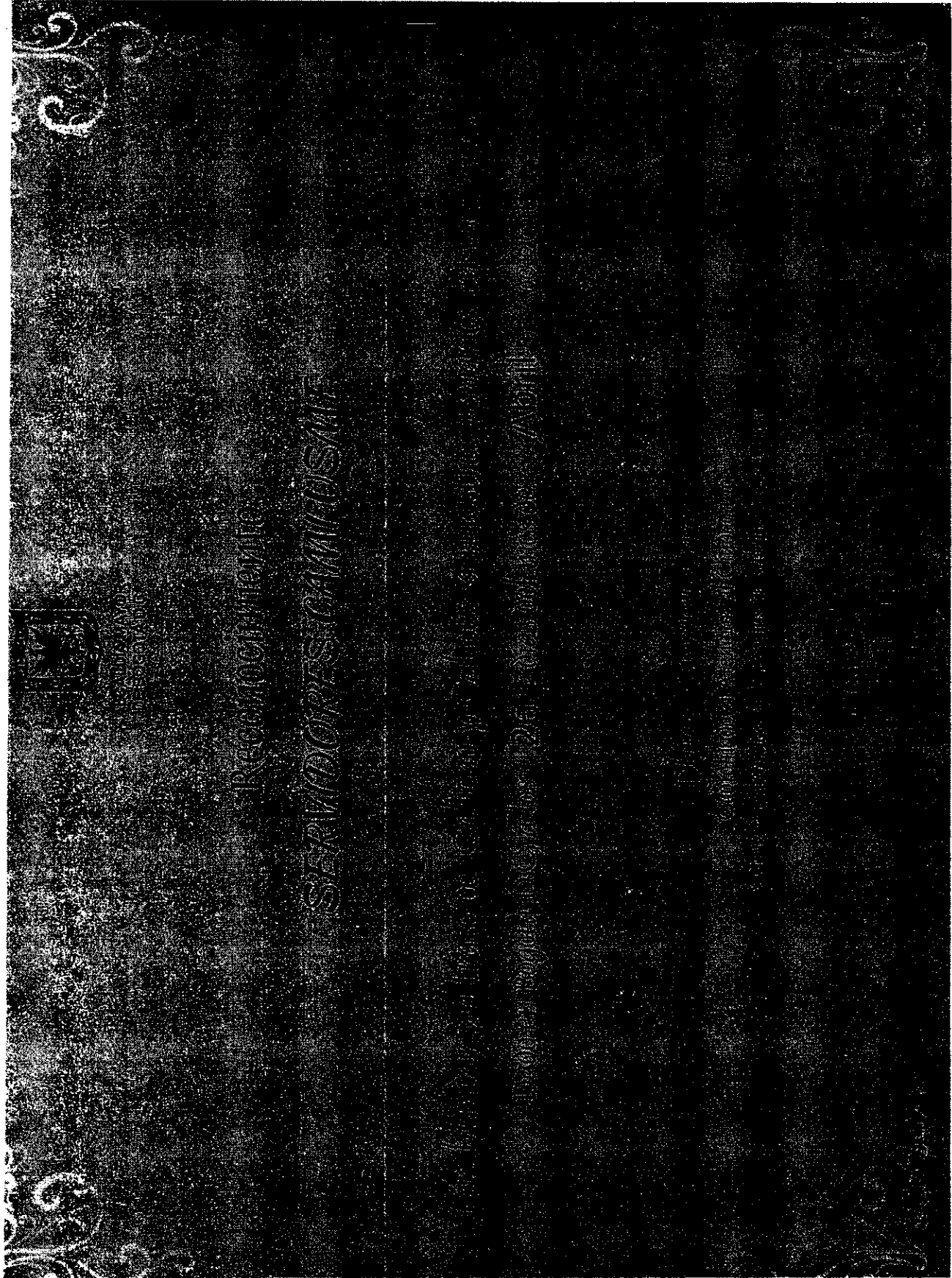
Participó y aprobó el curso de capacitación como parte de la estrategia **manos limpias**
atención segura que se desarrolló entre el 28 de abril hasta el 8 de junio de 2014
a través del sistema de capacitación moodle institucional

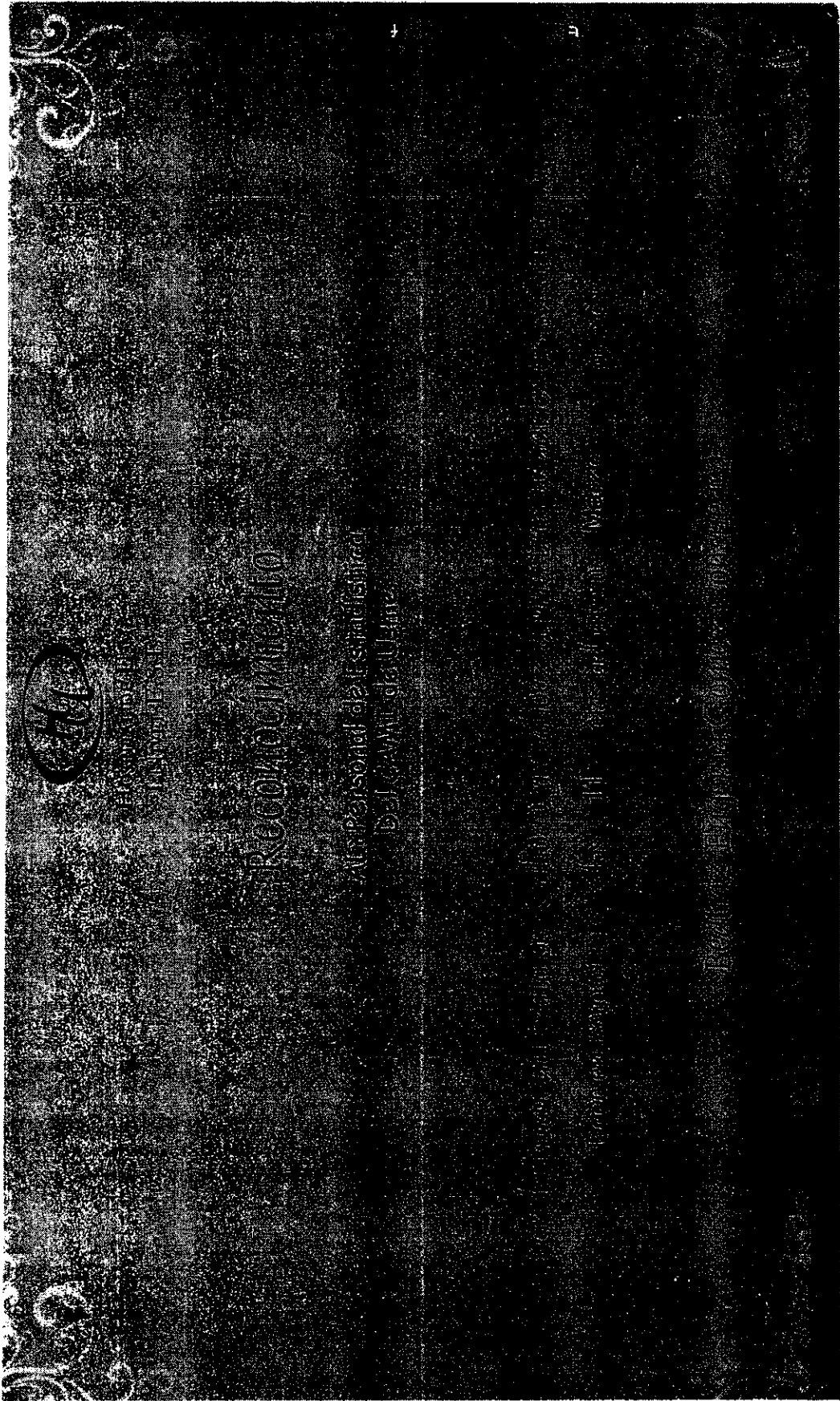
Beatriz Eugenia Gómez Consuegra
Gerente



BOGOTÁ
HUMANANA







ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS

SALUD - Hospital Usme

EL HOSPITAL DE USME I NIVEL E.S.E.

Hace constar que

Miguel Gutierrez Valencia

ha completado el curso

REINDUCCION

24 diciembre 2015



Horas de crédito: 16

xy813xUJzJ

BEATRIZ EUGENIA GÓMEZ CONSUEGRA
Gerente
HOSPITAL DE USME I NIVEL E.S.E.

EL HOSPITAL DE USME I NIVEL E.S.E.

Hace constar que

Miguel Gutierrez Valencia

ASISTIO AL CURSO DE REINDUCCION

23 diciembre 2015

Calificación del Curso: -

Horas de crédito: 16

0WMCSPPYsk



BEATRIZ EUGENIA GÓMEZ CONSEGUÁ
Gerente
HOSPITAL DE USME I NIVEL E.S.E.



EL PROGRAMA CIUDADANIA DIGITAL DEL MINISTERIO TIC

CERTIFICA QUE

MIGUEL GUTIERREZ VALENCIA

IDENTIFICADO CON C.C. 1022923196

CUENTA CON LA CERTIFICACIÓN INTERNACIONAL EN COMPETENCIAS DIGITALES
NIVEL BÁSICO CORRESPONDIENTE A 30 HORAS DE FORMACIÓN

Fecha de expedición: 14 de febrero de 2011 14:04:14.

finp

Diego Morano Vega
Ministro de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
Rafael Valencia Valderrama
Rector Universidad Virtual Abierta y Distancia

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta de Identificación Segunda Clase

1022923196

GUTIERREZ VALENCIA
MIGUEL ANTONIO

PERTENECE AL EJERCITO DE:
1A. LINEA 2A. LINEA 3A. LINEA
31- DIC. 31- DIC. 31- DIC.
PROFESION BACHILLER

FECHA EXPEDICION 12-JUL-2006





Bogotá D.C., 12 de Diciembre de 2017 - 16:30 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) **MIGUEL ANTONIO GUTIERREZ VALENCIA**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **UN MIL VEINTIDOS MILLONES NOVECIENTOS VEINTITRES MIL CIENTO NOVENTA Y SEIS** de BOGOTÁ D.C.

1022923196

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.

MANUEL DAGOBERTO CARO ROJAS
Jefe Oficina Asesora de 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_MDZUT_3016**

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



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 102843593



WEB

16:20:57

Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 12 de diciembre del 2017

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MIGUEL ANTONIO GUTIERREZ VALENCIA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1022923196:

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 GONZÁLEZ
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 HDJAS.

División Centro de Atención al Público (CAP)
Línea gratuita 018000910315; dcap@procuraduria.gov.co
Carrera 5 No. 15 - 60 Piso 1; Pbx 5878750 ext. 13105; Bogotá D.C.
www.procuraduria.gov.co

LA CONTRALORA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS
— FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 12 de diciembre de 2017, a las 16:28:40, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1022923196
Código de Verificación	1022923196171212162840

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

Digitó y Revisó: WEB

Con el Código de Verificación puede constatar la autenticidad del Certificado.
Carrera 69 No. 44-35 Piso 1. Código Postal 111071. PBX 5187000 - Bogotá D.C
Colombia Contraloría General NC, BOGOTÁ, D.C.

Página 1 de 1



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Inicio

Institución

Contactenos

Consulta en línea de Antecedentes y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 13/12/2017 a las 13:08:44 el ciudadano con Cédula de Ciudadanía N° 1022923196 y Nombres: GUTIERREZ VALENCIA MIGUEL ANTONIO
NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de acuerdo con el art. 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 cédula correspondan con el documento de identidad suministrado.

Si tiene alguna duda con el resultado, por favor acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Esta consulta solo es válida para el territorio colombiano obedeciendo a los parámetros establecidos en el ordenamiento constitucional.

[Volver al Inicio](#)

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA
Carrera 59 N° 26-21, C.A.N. Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8 am a 12 pm y 2 pm a 5 pm
Requerimientos Ciudadanos 24 horas
línea de Atención al Ciudadano Bogotá: (571) 3159111/9112 - Resto del país: 018000 910 600
FAX (571) 3159581 - e-mail: lineadirecta@policia.gov.co



Presidencia
de la República



Ministerio
de Defensa



Gobierno
en Línea



Portal Único
de Contratación



Todos los derechos reservados 2011.

2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14445353447



(415)7707212489984(8020)0000014445353447

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 0 2 2 9 2 3 1 9 6

6. DV

7

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:

1 0 2 2 9 2 3 1 9 6

27. Fecha expedición:

2 0 0 4 0 3 1 0

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

GUTIERREZ

32. Segundo apellido

VALENCIA

33. Primer nombre

MIGUEL

34. Otros nombres

ANTONIO

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

CL 137 SUR 3 31 BRR USME

42. Correo electrónico:

miguelgutierrez24@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1:

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

6 2 1 1

47. Fecha inicio actividad:

2 0 1 1 1 1 0 7

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

1 2

Ocupación

51. Código

4 2 2 2

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

63. Código: 1 2

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

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

Exportadores

55. Forma 56. Tipo 57. Modo 58. CPC

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 7 1 2 2 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 16 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

984. Nombre GUTIERREZ VALENCIA MIGUEL ANTONIO
985. Cargo: CONTRIBUYENTE



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha: 20-12-2017

Hora: 1:22:15 PM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 1022923196-7 MUGUEL ANTONIO GUTIERREZ VALENCIA

Información General

Dirección CL 137 SUR 3 31

Teléfonos 3156486492-7660058

Dirección electrónica miguelgutierrez24@hotmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 03/09/2012

Soporte Inscripción 14517020

Fecha Inicio Actividades 21/12/2006

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 8211-ACTIVIDADES COMBINADAS DE
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE OFICINA

Actividad 2: -

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 17002523378



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

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

Fuente ICA TE TOCA



Dra. Adriana Marcela Pores Cuadros

Médico Cirujano – Universidad Militar Nueva Granada
Esp. Salud ocupacional y riesgo laboral - UMB

Res. N. 4341/24/04/2017

311- 5598481 – Bogotá

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD

DATOS GENERALES:

Fecha: 15/04/2017

Nombre: Miguel Antonio Gutierrez Valencia
Cc: 1022923196
Edad: 31 años
Telefono: vereda Chigato
Direccion: BIS 6486492
Cargo: Asesor administrativo
Destino: Asesor al servicio interno de salud
Tipo de evaluacion: Pre - ingreso CIE 10: Z021

VISIOMETRIA:

OD: 20/20 cerca 20/20 lejos
OI: 20/20 cerca 20/20 lejos

Recomendación:

Control anual con punto computador

AUDIOMETRIA:

OD:

OI:

no se realizo

Observaciones:

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO ☒

APTO CON RECOMENDACION ☐

APTO CON RESTRICCION ☐

Recomendaciones Generales:

Examen Periódico Ocupacional ☒

Higiene Postural ☒

Uso de E.P.P ☒

Pausas Activas ☒

Dra. Adriana M. Pores
Médico Cirujano
R.M. 1032378226
Esp. Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
NOMBRE DEL MEDICO Y FIRMA
15/04/2017
REGISTRO Y LICENCIA SO

Miguel Gutierrez
FIRMA DEL TRABAJADOR

c.c. 1022923196

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

	INTERVENIR SALUD OCUPACIONAL S.A.S.	CODIGO: FR-009
	CERTIFICADO DE APTITUD EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL	VERSION: 03
		FECHA EMISION: 30/11/2011

TIPO DE EXAMEN: ADMISION ☒ PERIODICO ☐ REUBICACION ☐ RETIRO ☐ REINGRESO ☐

OTRO: _____

FECHA: 14 Febrero 2015

EMPRESA: Hospital de la Ude

NOMBRE: Miguel Antonio Gutierrez Valencia IDENTIFICACION: 1072923146

EDAD: 28 años

CARGO / OCUPACION: _____

APTO



APTO PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR CON RESTRICCIONES QUE NO INTERVIENEN EN EL TRABAJO

APLAZADO



APTO PARA DESEMPEÑAR TRABAJOS EN ALTURAS

APTO PARA LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS



APTO PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR CON RESTRICCIONES QUE INTERVIENEN EN EL TRABAJO

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y EXÁMENES PARACLÍNICOS

VISOMETRÍA: _____

AUDIOMETRÍA: _____

ESPIROMETRÍA: _____

OPTOMETRÍA: _____

LABORATORIOS: _____

OTROS: _____

RECOMENDACIONES:

MÉDICAS	OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
Remisión EPS	Higiene postural	Dejar de fumar
Seguimiento a caso por la ARL	Pausas activas	Control de peso
Continuar manejo médico	Uso EPP	Suspender / reducir el consumo de bebidas alcohólicas
Control cifras tensión arterial	Manejo adecuado de cargas	Practicar deporte
Otra:	SVE Osteomuscular	Hábitos alimenticios saludables
	SVE Auditivo	Otra:
	SVE Ergonómico	
	SVE Cardiovascular	
	SVE Visual	

RECOMENDACIONES GENERALES:

FIRMA

MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

MIGUEL ANTONIO PRIETO Q.
MÉDICO ESP. SALUD OCUPACIONAL
Reg. 1286-08 C.C. 2.994.542

Certificación Semanas de Cotización

El Señor Miguel Antonio Gutierrez Valencia , identificado con Cédula Ciudadanía 1.022.923.196, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS023.

Información del Afiliado:

Nombre:	Miguel Antonio Gutierrez Valencia	Tipo Identificación:	Cédula Ciudadanía
Número de identificación:	1022923196	Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha afiliación (dd/mm/aaaa):	04/12/2006	Razón de estado:	Al día - empleador pago al día
Estado actual:	VIGENTES	Semanas Cotizadas cotizante:	531
Fecha de retiro:		Municipio residencia:	Bogotá D.C.
Dirección actual de residencia:	dll 137 sur 3-31	Depto. Residencia:	Bogota D.C.
Teléfono actual de residencia:	7660487		
Nombre de Régimen:	CONTRIBUTIVO		

Documento Aportante	Razón Social Aportante	Fecha Inicio	Fecha Fin
1022923196	GUTIERREZ VALENCIA MIGUEL ANTONIO	01/05/2010	

Información de los beneficiarios:

Tipo de afiliado	Identificación	TD	Nombre	Fecha afiliación	Estado	Fecha retiro	Semanas
BENEFICIARIO	1022977927	RC	Heiner Mateo Gutierrez Muñoz	29/11/2010	VIGENTES		351

Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6446100 y en el resto del país 018000113337.

Se firma y expide en Bogotá a los 13 días del mes de Diciembre de 2017, a solicitud del interesado.

****INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION****

SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.

CORDIALMENTE


NELSON ENRIQUE SANCHEZ CAICEDO

Coordinador Nacional de Operaciones

Elaboro:

Medellín, 13 de diciembre de 2017

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que MIGUEL ANTONIO GUTIERREZ VALENCIA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022923196 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 26/10/2016 Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADDS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - ASISTENCIAL

CLASE: 3 PORCENTAJE: 2,436%

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HDSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTRDS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HDSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación1734760396

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 13/12/2017 4.46 PM



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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **MIGUEL ANTONIO GUTIERREZ VALENCIA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **1,022,923,196**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Diciembre de 2017.

Gerente de Clientes

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMATO AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS	CO-OPS-FT-07 V1

Bogotá D.C Bogotá, 11 DE DICIEMBRE 2017

Señores:

COLEGIO DISTRITAL FRANCISCO ANTONIO ZEA DE USME

Por medio de la presente, yo MIGUEL ANTONIO GUTIERREZ VALENCIA, identificado con número de documento 1022923196, autorizo a la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.

Miguel Gutierrez.
Cordialmente,

Nombre:MIGUEL ANTONIO GUTIERREZ VALENCIA

No. Documento:1022923196

Teléfono:3156486492