





FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO <u>Mosquera</u>	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) <u>Palacios</u>	NOMBRES <u>Leiver</u>
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. <u>11645548</u>	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL. ☒ EXTRANJERO ☐ PAÍS <u>Colombia</u>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒	NÚMERO <u>11645598</u>	D.M. <u>29</u>
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DÍA <u>16</u> MES <u>04</u> AÑO <u>1978</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Chocó</u> MUNICIPIO <u>Alto Budo</u>	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA <u>Ke 68 Este 886 98 Sur</u> PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá D.C.</u> MUNICIPIO <u>Bogotá</u> TELÉFONO <u>7217206</u> EMAIL <u>lepamus1609ma@gmail.com</u>	

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 BÁSICA										TÍTULO OBTENIDO: <u>Bachiller Técnico Agrícola</u>	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X	FECHA DE GRADO MES <u>11</u> AÑO <u>1992</u>

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 NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
UN	10	X		Ingeniero Ambiental	12	2010	05238205374

ESPECÍFIQUE 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

FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

3

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Sobred Centro Oriente ESE</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bogotá D.C.</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD <i>atencionrelaciones@sobred.com.co</i>	
TELÉFONOS <i>3444484</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>12</i> MES <i>04</i> AÑO <i>2017</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>03</i> AÑO <i>2018</i>	
CARGO O CONTRATO ACTUAL <i>Ingeniero Ambiental</i>	DEPENDENCIA <i>Vigilancia Sanitaria</i>	DIRECCIÓN <i>Dy 34 5 43</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Hospital Rafael Uribe</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bogotá D.C.</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>5966600</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>07</i> MES <i>04</i> AÑO <i>2014</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>31</i> MES <i>08</i> AÑO <i>2015</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Ingeniero Ambiental</i>	DEPENDENCIA <i>Vigilancia Sanitaria</i>	DIRECCIÓN <i>Rd 126 220 11 Sur</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>Ecofuturo</i>	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Bogotá D.C.</i>	MUNICIPIO <i>Bogotá</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>3192573092</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>01</i> MES <i>09</i> AÑO <i>2011</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>15</i> MES <i>12</i> AÑO <i>2013</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Ingeniero Ambiental</i>	DEPENDENCIA <i>Operaciones Técnicas</i>	DIRECCIÓN <i>Nº 7 27 52 Dhe 202</i>	
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD <i>CODECHOCO</i>	PÚBLICA ☒	PRIVADA ☐	PAÍS <i>Colombia</i>
DEPARTAMENTO <i>Chocó</i>	MUNICIPIO <i>Alto Budo</i>	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS <i>6711602</i>	FECHA DE INGRESO DÍA <i>09</i> MES <i>03</i> AÑO <i>2011</i>	FECHA DE RETIRO DÍA <i>04</i> MES <i>07</i> AÑO <i>2011</i>	
CARGO O CONTRATO <i>Ingeniero Ambiental</i>	DEPENDENCIA <i>Recurso Naturales</i>	DIRECCIÓN <i>Nº 1 22 96</i>	

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

FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

4

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	2	8
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	3
TRABAJADOR INDEPENDIENTE		
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	4	11

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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 MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Bogotá 26-03-2018

Leiver Mosquera P.
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.

Bogotá 26-03-2018
Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMATO ÚNICO
DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PRIVADA
PERSONA NATURAL

(LEYES 190 DE 1995 Y 443 DE 1998)

INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO

COBERTURA: Este Formulario Único de Declaración Juramentada de Bienes y Rentas y Actividad Económica Privada debe ser diligenciado por todo servidor público, antes de tomar posesión de un cargo o empleo público y al momento de su retiro. Además, debe ser diligenciado como actualización, por todo servidor público, que al último día del mes de marzo de cada año, se encuentre vinculado con el Estado, de acuerdo con lo establecido en el artículo 1° del Decreto 736 de 1996.

INSTRUCCIONES GENERALES :

Diligencie este formato en letra imprenta y en tinta únicamente de color negro. No omita ningún dato. Si los espacios no permiten la relación completa y adecuada de la información, amplíe los datos en hojas en blanco, haciendo referencia al numeral que requiere complementar.

DEFINICIONES :

Acreencias y obligaciones vigentes : Hace referencia al conjunto de deudas que posee el servidor público a la fecha de posesión, actualización de datos o retiro de la entidad.

Actividades económicas de carácter privado : Son todas aquellas actividades que el servidor público realiza de forma ocasional o permanente, con el propósito de lograr recursos adicionales a los devengados con el Estado.

Bienes patrimoniales : Es el conjunto de activos que una persona posee. Estos activos incluyen los bienes muebles e inmuebles. El valor que se debe presentar es el comercial, o el resultante de la utilización de los métodos de depreciación y de ajustes admitidos por las normas contables del país.

Calidad de miembro : Hace referencia al tipo de nombramiento o participación que una persona posee dentro de una junta directiva, un consejo o una sociedad legalmente establecida.

Carácter de la entidad : Hace referencia a si estas entidades son públicas o privadas.

Ciudad y fecha : Corresponde al corte de cuentas establecido en el Decreto 2232 de 1995.

Declaración juramentada : Se considera como declaración juramentada la presentación de este formulario, debidamente diligenciado y firmado, ante la entidad empleadora. Con el artículo 10 del Decreto 2150 de 1995 quedó abolida la obligatoriedad de su presentación ante Notario Público.

Ingresos y rentas del último año gravable: Son todos los ingresos obtenidos en el año calendario inmediatamente anterior al de la presentación de esta declaración.

Participación en juntas, consejos y sociedades : Hace referencia a cualquier vínculo como socio, asociado y/o propietario de cualquier tipo de corporación, sociedad o asociación legalmente establecida.

Primer grado de consanguinidad: Se refiere estrictamente a padres e hijos del servidor público.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS :

1. Declaración juramentada

1.1 Bienes y rentas.

- Escriba su nombre completo, marque con una X el documento de identificación. Escriba el número respectivo y todos los datos de su domicilio principal.
- Relacione todos los parientes de primer grado, escribiendo los apellidos y nombres, el documento de identidad y su parentesco.
- Marque con una X la razón por la cual está diligenciando la presente declaración.
- Relacione todos los ingresos y rentas obtenidos en el año inmediatamente anterior.
- Relacione todas las cuentas corrientes y de ahorro que posea en Colombia y en el exterior, de forma directa o por interpuesta persona.
- Relacione todos los bienes que posee, según tipo (casa, apartamento, carro, etc.), indicando las características respectivas de cada uno de ellos y el valor comercial.
- Relacione todas las obligaciones que posee a la fecha, indicando el acreedor, el concepto y el valor.

1.2 Participación en juntas y sociedades:

- Relacione los consejos directivos y las juntas a que pertenece.
- Relacione las corporaciones, sociedades o asociaciones en las que tiene participación como socio, propietario o empleado.
- Marque con una X la casilla correspondiente a si posee o no sociedad conyugal o de hecho vigente, indicando el nombre y el documento de identidad del cónyuge o compañero permanente.

2. Información sobre Actividades Económicas Privadas:

Incluya en este cuadro la información de todas las actividades económicas privadas que le generan ingresos adicionales a los obtenidos en el sector público, indicando las características de dichas actividades y la forma en que se beneficia de ellas.

3. Firma del Servidor Público:

Con la firma, manifiesta usted bajo la gravedad del juramento que los datos consignados en el presente formulario son veraces.

DECLARACIÓN JURAMENTADA

YO, Leiver Mosquera Polanco

IDENTIFICADO CON: C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐ No. 11645598 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN Bogotá

DIRECCIÓN Nº 6B Este 886 58 Sur TELÉFONOS 7212206-3146688121

MUNICIPIO Bogotá DEPARTAMENTO Bogotá D.C. PAÍS Colombia

Y TENIENDO COMO PARIENTES EN PRIMER GRADO DE CONSANGÜINIDAD (PADRES E HIJOS) A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO
<u>Ana Sofía Polanco</u>	<u>26308780</u>	<u>Madre</u>
<u>Arnel Mosquera M.</u>	<u>4822020</u>	<u>Padre</u>
<u>Nicol Andre Mosquera</u>	<u>1023003854</u>	<u>Hijo</u>

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 122, INCISO 3o., DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTÍCULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995, PARA TOMAR POSESIÓN ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACIÓN ☒ PARA MODIFICAR ☐ LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐ QUE LOS ÚNICOS BIENES Y RENTAS QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMAS INGRESOS LABORALES	
CESANTÍAS E INTERESES DE CESANTÍAS	
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	
ARRIENDOS	
HONORARIOS	<u>33'600.000</u>
OTROS INGRESOS Y RENTAS	
TOTAL	<u>33'600.000</u>

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NÚMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
<u>Davivienda</u>	<u>Ahorro</u>	<u>002100130851</u>	<u>Ciudad Jordán</u>	

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACIÓN DEL BIEN	VALOR

1.1 DE BIENES Y RENTAS (CONTINUACIÓN)

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

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

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

ENTIDAD O INSTITUCIÓN	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACIÓN, SOCIEDAD O ASOCIACIÓN	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad : SI ☒ NO ☐ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con :

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUGE <i>Olga Lucía Borja Díaz</i>	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ OTRO ☐	Nº <i>1077425114</i>
---	---	----------------------

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 PARTICIPACIÓN

3 FIRMA

Leiver Mosquera P. *Bogotá 26-03-2018*
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO CIUDAD Y FECHA

NOTARIA PRIMERA DEL CÍRCULO
DE QUIBDO
1 ENO 2011
Yuber A. Ospina Arce

NOTARIA PRIMERA
DEL CÍRCULO DE QUIBDO
ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL
QUE TUVE A LA VISTA



La República de Colombia
y por Autorización del Ministerio de Educación Nacional
La Universidad Tecnológica del Chocó
"Diego Luis Córdoba"
Quibdó - Chocó

En atención a que:

Leiver Mosquera Palacios

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 11.645.598 DE ALTO BAUDÓ, L. M. N° 11.645.598 D. M. N° 29

Ha completado los requisitos que los Estatutos Universitarios exigen para optar al Título de

Ingeniero Ambiental



Le expide el presente Diploma, en testimonio de ello, se firma en Quibdó el 10 de Diciembre de 2010

DIPLOMA

RECTORÍA

SECRETARÍA GENERAL

OFICINA DE ASesoría JURÍDICA

NOTARIA PRIMERA DEL CÍRCULO
17 de Julio
11 ENE 2011
Yuber A. Ordóñez Arboleda
NOTARIA PRIMERA
DEL CÍRCULO DE QUIBDO
ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL
QUE TUVE A LA VISTA



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DEL CHOCÓ
"DIEGO LUIS CÓRDOBA"
QUIBDO - CHOCÓ

ACTA DE GRADO N° 1119

En la ciudad de Quibdó, sede de la Universidad Tecnológica del Chocó "Diego Luis Córdoba", el día 10 de Diciembre de 2010, se reunieron el Señor Rector MA. EDUARDO ANTONIO GARCÍA VEGA, el Vicerrector de Docencia M.A. FRANKLIN BARRIOS MATURANA, el Decano de la Facultad Msc. FREDDY LOZANO GARCÍA y el Secretario General Abogado EDWIN ETHIEL ARAGON LOZANO, con el objeto de realizar el acto de graduación y entrega de Diploma que, como:

INGENIERO AMBIENTAL

CODIGO SNIES 111846280012700111100

Le otorga la Universidad a:

LEIVER MOSQUERA PALACIOS

CON CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 11.645.598 DE ALTO BAUDÓ

Por haber llenado los requisitos exigidos por los reglamentos, y en concordancia con lo dispuesto en el plan de estudios.

El Señor Rector, tomó el juramento de rigor e hizo entrega del Diploma, debidamente firmado por las autoridades competentes.

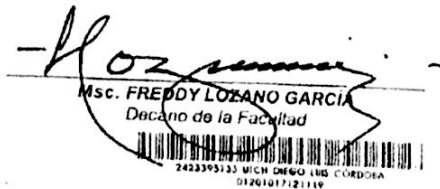
La presente acta se firma por los funcionarios autorizados.

Se deja constancia de que el graduado tiene definida su situación Militar, según Libreta Militar N° 11.645.598 DISTRITO MILITAR No. 29


MA. EDUARDO ANTONIO GARCÍA VEGA
Rector


M.A. FRANKLIN BARRIOS MATURANA
Vicerrector de Docencia


Abogado EDWIN ETHIEL ARAGON LOZANO
Secretario General


Msc. FREDDY LOZANO GARCIA
Decano de la Facultad



Bogotá D.C

Señores:

Universidad Tecnológica del Chocó Diego Luis Córdoba.
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, Leiver Mosquera Palacios 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:

Ingeniero Ambiental.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma



No. de documento: 11645598

Tarjeta profesional No: 05238205374

Dirección de contacto: KR 68 ESTE 886 58 SUR

Teléfono: 7217206 - 3146688121

**LA SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - PROCESO DE GESTION
CONTRACTUAL Y SUPERVISION DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL
DEL ESTADO CON BASE EN LA REVISION DEL EXPEDIENTE Y LA DOCUMENTACIÓN
FISICA**

HACE CONSTAR:

Que el **HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** con NIT. 830.077.633-4, ubicado en la carrera 12D No. 26 A-62 sur y No. de Tel: 5966600, celebró el siguiente contrato con **LEIVER MOSQUERA PALACIOS** con C.C. No11.645.598, cumpliendo con el objeto del mismo y que a continuación se relaciona:

N° OPS	VIGENCIA	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
336	2014	07 de Abril de 2014	31 de Julio de 2014
527	2014	01 de Agosto de 2014	02 de Febrero de 2015
638	2015	03 de febrero de 2015	31 de Julio de 2015
1008	2015	01 de Agosto de 2015	31 de Agosto de 2015

OBJETO DEL CONTRATO 336 DE 2014:

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE SANEAMIENTO O DE AMBIENTE DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PUBLICA DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

OBJETO DEL CONTRATO 527 DE 2014:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO AMBIENTAL O SANITARIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PUBLICA COMPONENTE VIGILANCIA SANITARIA DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

OBJETO DEL CONTRATO 638 Y 1008 DE 2015:

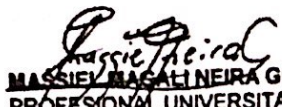
PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ADMINISTRACION AMBIENTAL O SANITARIA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE SALUD PUBLICA COMPONENTE VIGILANCIA SANITARIA DEL HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE

VALOR TOTAL DE LOS CONTRATOS: \$ 5.700.000.00
\$ 17.574.001.00
\$ 17.807.536.00
\$ 9.137.751.00

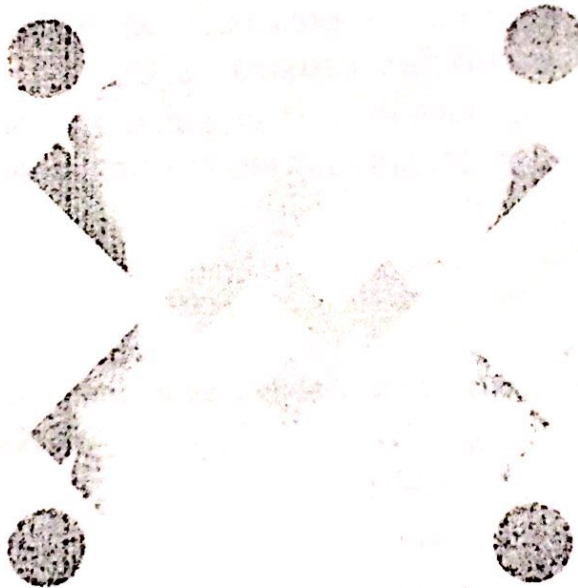
2

Se expide la presente certificación a solicitud de **LEIVER MOSQUERA PALACIOS**, en Bogotá D.C. a los siete (07) día del mes de Marzo de 2016.

Para mayor información favor dirigirse a la carrera 12D No. 26 A -62 sur.
Cordialmente,


MASSIEL MASALI NEIRA GONZALEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO I

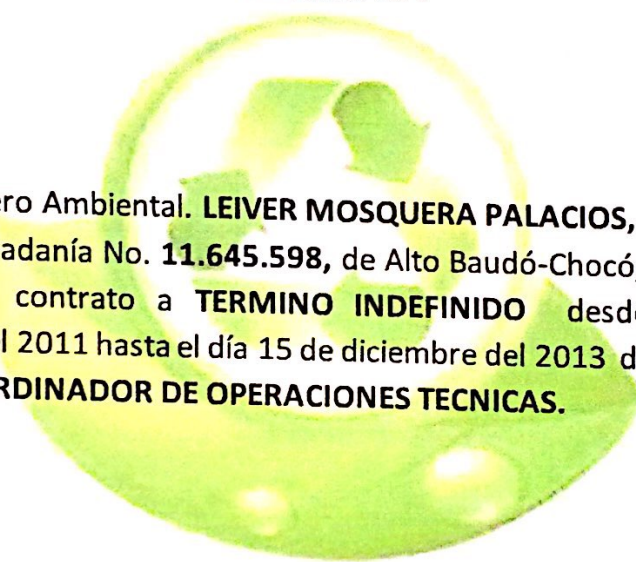
Proyectó: Yelini Harpon
Revisó: Emma Esperanza Rey de Wagon



Bogotá 16 de diciembre de 2013

La Corporación Ecofuturo

CERTIFICA



Que el Ingeniero Ambiental. **LEIVER MOSQUERA PALACIOS**, identificado con cedula de ciudadanía No. **11.645.598**, de Alto Baudó-Chocó, trabajo en esta empresa con contrato a **TERMINO INDEFINIDO** desde el día 01 de Septiembre del 2011 hasta el día 15 de diciembre del 2013 desempeñando el cargo de **COORDINADOR DE OPERACIONES TECNICAS**.

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado el día **16 de diciembre de 2013**.



FRANKLIN ACOSTA
DIRECTOR EJECUTIVO
C.C. 08301093837

@ecofuturo.com.co



CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL PARA EL
DESARROLLO SOSTENIBLE DEL CHOCO
CODECHOCO
NIT 899999 238-5



Certificación 066

LA SUSCRITA JEFE DE LA OFICINA DE TALENTO HUMANO

CERTIFICA

Que el Señor **LEIVER MOSQUERA PALACIOS**, identificado con cedula de ciudadanía N° 11.645.598 expedida en el Municipio del Baudó, prestó sus servicios a esta entidad de la siguiente manera:

OPS100- 2011

OBJETO: Prestó sus servicios Profesionales de Manera Autónoma e Independiente como Ingeniero Ambiental en el Proyecto Control Seguimiento y Monitoreo de los Recursos Naturales en el Departamento del Choco

DURACIÓN: Cuatro meses (4) contados a partir del nueve (9) de marzo al nueve (9) de julio de 2011.

La presente se firma a solicitud del interesado en Quibdó, a los treinta (30) días del mes de septiembre de 2011.


LUCERO PEREA AGUÁLIMPIA

Proyecto	Gerente	Entero	Fecha	Nº Folio
OPS100-2011	Mario Fariñas	Lucero Perea Aguálmpia	30/09/2011	1

Gestión y Desarrollo Ambiental por la Vida
Carrera 1ª. N°. 22-96 Tels. 6173783-6711113-6711602 Fax 6711343 Quibdó Chocó
Email- direccion@codechoco.gov.co ó contacto@codechoco.gov.co

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

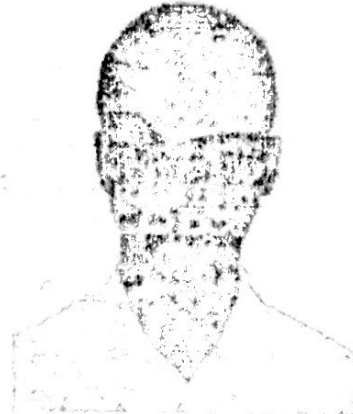
NUMERO **11.645.598**
MOSQUERA PALACIOS

APELLIDOS
LEIVER

NOMBRES

Leiver Mosquera P.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-ABR-1978**

ALTO BAUDO
(CHOCO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

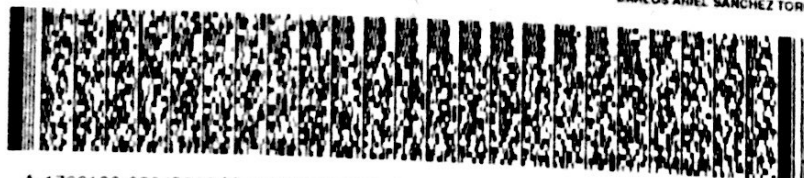
B+
G.S. RH

M
SEXO

17-MAY-1997 ALTO BAUDO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A 1700100-00245940-M-0011645598-20100724

0022977494A 3

1830889686

2. Concepto ☐ 0 ☒ 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

14463594312



(415)7707212489981(8020)0000014463594312

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

1 1 6 4 5 5 9 8 -

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:

1 1 6 4 5 5 9 8

27. Fecha expedición:

1 9 9 7 0 5 1 7

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento:

Chocó

2 7

30. Ciudad/Municipio:

Alto Baudó

0 2 5

31. Primer apellido

MOSQUERA

32. Segundo apellido

PALACIOS

33. Primer nombre

LEIVER

34. Otros nombres

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 6 B ESTE 88 G 58 SUR

42. Correo electrónico:

lepamos16@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 4 6 6 8 8 1 2 1

45. Teléfono 2:

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

3 9 0 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 0 1 2 1 0

Actividad secundaria

48. Código

7 4 9 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 4 0 3 3 1

50. Código:

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

Exportadores

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

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos:

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha:

2 0 1 8 0 3 2 6

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 MOSQUERA PALACIOS LEIVER

985 Cargo CONTRIBUYENTE



**DIRECCIÓN DISTRICTAL DE IMPUESTOS
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 26-03-2018

Hora: 8:34:23 AM

Página 1 de 1

CONTRIBUYENTE NIT 11645598-0 LEIVER MOSQUERA PALACIOS

Información General

Dirección CR 6 B ESTE 88 G 58 SUR

Teléfonos 3146688121

Dirección electrónica lepamos16@gmail.com

Fax

Información de Registro

Fecha Inscripción 31/03/2014

Soporte Inscripción 16081095

Fecha Inicio Actividades 31/03/2014

Fecha Cese Actividades

Fecha de Informe del Cese

Establecimientos: 0

Perfil Tributario

Naturaleza Jurídica PERSONA NATURAL

Régimen Tributario REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 39002-ACTIVIDADES DE SANEAMIENTO AMBIENTAL Y OTROS SERVICIOS DE GESTION DE DESECHOS PRESTADOS POR CONTRATISTAS DE CONSTRUCCION, CONSTRUCTORES Y

Actividad 2: 74902-OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES, CIENTIFICAS Y TECNICAS N.C.P. EN EL EJERCICIO DE UNA PROFESION LIBERAL

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

Fecha Inicio Financiera:

Código de Verificación de Información: 18002814673



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

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta Reservista Segunda Clase

11645598

**MOSQUERA PALACIOS
LEIVER**

PERTENECE AL EJERCITO DE

1A LINEA	2A LINEA	3A LINEA
31 - DIC	31 - DIC	31 - DIC

PROFESION ²⁰⁰⁴ ²⁰¹⁴ ²⁰²⁴
BACHILLER

FECHA EXPIRACION
25-SEP-2002



FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

- Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes actos:
 - Tomar posesion de los empleos públicos o privados
 - Ingresar a la carrera administrativa
 - Obtener o refrendar el pase o licencia para conducir vehículos
 - Registrar título como profesional y ejercer la profesión
 - Firmar contratos con cualquier entidad pública o privada
 - Obtener el pasaporte e ingresar a la universidad
- En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización debe efectuar presentación inmediata en el cuerpo de tropa más cercano al lugar de su residencia con el fin de recibir instrucciones.

0396818

TC JAIRO RESTREPO CORREA

REPUBLICA DE COLOMBIA
CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERIA
COPNIA



MATRICULA PROFESIONAL No.
05238205374ANT
INGENIERO AMBIENTAL

DE FECHA 19/05/2011
LEIVER
MOSQUERA PALACIOS
C.C. 11645598

UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DEL
CHOCO "DIEGO LUIS CORDOBA"


PRESIDENTE DEL CONSEJO

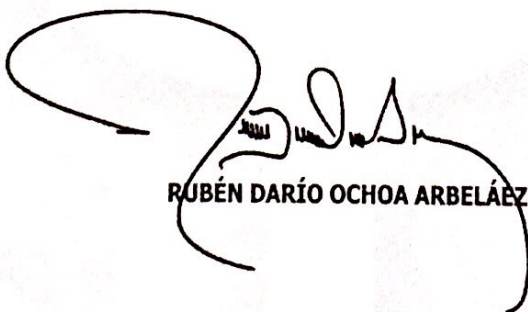
CERTIFICADO DE VIGENCIA Y ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS
Nº E2018VEN00062603

REPÚBLICA DE COLOMBIA
CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE
INGENIERÍA
COPNIA

EL DIRECTOR GENERAL

CERTIFICA:

1. Que MOSQUERA PALACIOS LEIVER identificado (a) con Cédula de Ciudadanía Nº 11645598, se encuentra inscrito(a) en el Registro Profesional Nacional que lleva esta entidad, como INGENIERO AMBIENTAL con Matrícula Profesional Nº 05238-205374 ANT desde el (los) diecinueve (19) día(s) del mes de mayo del año dos mil once (2011).
2. Que la (el) Matrícula Profesional es la autorización que expide el Estado para que el titular ejerza su profesión en todo el territorio de la República de Colombia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 842 de 2003.
3. Que la (el) referida (o) Matrícula Profesional se encuentra vigente, por lo cual el profesional certificado actualmente NO está impedido para ejercer la profesión.
4. Que el profesional NO tiene antecedentes disciplinarios ético-profesionales.
5. Que la presente certificación tiene una validez de seis (6) meses y se expide en Bogotá, D.C., a los veinticinco (25) días del mes (marzo) del año dos mil dieciocho (2018).


RUBÉN DARÍO OCHOA ARBELÁEZ

Firma del titular (*)

(*) Con el fin de verificar que el titular autoriza su participación en procesos estatales de selección de contratistas, La falta de firma del titular no invalida el Certificado.

El presente es un documento público expedido electrónicamente con firma digital que garantiza su plena validez jurídica y probatoria según lo establecido en la Ley 527 de 1999.

Para verificar la integridad e inalterabilidad del presente documento consulte en el sitio web <http://gdocumental.copnia.gov.co/invesiteCSV> indicado el código que se encuentra en el costado izquierdo de este documento

Calle 78 Nº 9 – 57 Piso 13 – Bogotá D.C. Pbx: 3220102 – Correo-e: contactenos@copnia.gov.co
www.copnia.gov.co

CONSEJO PROFESIONAL NACIONAL DE INGENIERÍA – COPNIA
Calle 78 Nº 9 – 57. Teléfono: 322 0101. Bogotá D.C.



Certificado de Vacunación

Institución: Compensar

Nombre: JENEL MOSQUERA PELUCIOS

Identificación: 146ASS98 Tel: _____

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
HB	(1)	13 DIC. 2016	Lote 143402503 HB	[Firma]
	(2)	13 ENE. 2017	L. 143402601 HB	[Firma]

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
	(3)	07 MAR 2017	143402601 HB	[Firma]
	(2)	06 MAR 2018	1434034.02 HB	[Firma]

CO.450150920

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA: PARTICULAR

FECHA 12/09/2016 11:47:08

PREOcupACIONAL O INGRESO ☒

POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐

PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: LEIVER MOSQUERA

C.C 11645598

EDAD 39 Años SEXO M CARGO A DESEMPEÑAR INGENIERO AMBIENTAL



EXÁMENES PARA CLÍNICOS PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional ☒
Visiometría ☐
Audiometría ☐
Espirometría ☐

Exámenes de laboratorio SI ☐ NO ☒
Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐
Cuales
Radiografías

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente diagnostico

APTO PARA EL CARGO ☒ MOTIVO PARA LABORAR

NO APTO ☐ MOTIVO

OBSERVACIONES

CONTROL MEDICO EPS
USO DE EPP

EXÁMEN PERIÓDICO

Puede continuar con su labor SI ☐ NO ☐

Se sugiere reubicación laboral SI ☐ NO ☐

EXÁMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ Cual

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

Leiver Mosquera

FIRMA DEL PACIENTE



Dirección: CALLE 27 SUR No 19-07
Tel: 2784705

[Signature]

Dra. ESMERALDA RAMOS
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Lic. S.O 7122-2013

FIRMA DEL ESPECIALISTA

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - SARLAFT

FECHA: 26-03-18 CIUDAD: Bogotá DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.
Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.1, 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 Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)
PROVEEDOR ☐ PARTICULAR ☐ CONTRATISTA OPS ☒ SERVIDOR PUBLICO ☐ OTRO ☐ CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Mosquera	Pelacios	Leider	
TIPO DE IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ 11645598		Alto Budo - Chocó	1997-05-17
PASAPORTE ☐ OTRO ☐		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	
FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAIS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
1978-04-16	Alto Budo - Chocó	Colombia	Colombiana
ESTADO CIVIL		PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS
SOLTERO(A) ☐ CASADO ☐ DIVORCADO(A) ☐ EN LIBRE ☐		2	1
NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA		PROFESION / OFICIO	
MAGISTER ☐ POSGRADO ☐ UNIVERSITARIO ☒ BACHILLER ☐ PRIMARIA ☐ TECNICO ☐ TECNOLÓGICO ☐ CUAL: <input type="text"/>		Ingeniero Ambiental	

DIRECCION RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAIS RESIDENCIA:	TELEFONO RESIDENCIA
Ne 60 Este 886 58502	Bogotá	Bogotá D.C.	Colombia	7217206
CORREO ELECTRONICO:	PORTAL O PAGINA INTERNET		TIPO DE VIVIENDA	
leponos26@gmail.com			PROPIA ☒ FAMILIAR ☐ ARRENDADA ☐	
DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (SI tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAIS:	TELEFONO/FAX

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Borja	Díaz	Oliver	Lucia
TIPO DE IDENTIFICACION		LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C. ☒ C.E. ☐ R.C. ☐ NUIP ☐ 1077425114		Quibdó - Chocó	2004-09-30
PASAPORTE ☐ OTRO ☐ CUAL: <input type="text"/>		ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐	NACIONALIDAD: Colombiana

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOJAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: <input type="text"/>
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐	
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA ☐	
INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☒	IVA SI ☐ NO ☐	CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA
		ICA SI ☒ NO ☐		3900
GRAN CONTRIBUYENTE SI ☐ NO ☐	AGENTE RETENEDOR	SI ☐ NO ☐	AGENTE AUTORETENEDOR	SI ☐ NO ☐

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

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

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

FUNCIONARIO PÚBLICO		ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS		NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA	
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	<i>Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente</i>			
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA		GOBIERNO		SERVICIOS	#NIT
EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ ANCIERA ☐ TRANSPORTE ☐ OTRA ☐ CUAL ☒		☐ SERVICIOS ☒		☐	900454051-7
DIRECCION DE LA EMPRESA		TELÉFONO		CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
Dg 34 5 43		3444484		Bogotá	Bogotá D.C.
CARGO ACTUAL		<i>Ingeniero Ambiental</i>		FECHA VINCULACION	12-09-16

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	\$ 0	GASTOS FAMILIARES	\$ 0	AHORROS	\$ 0	SALDO HIPOTECA	\$ 0
HONORARIOS	2'800.000	ARRIENDOS	\$ 0	INVERSIONES	\$ 0	TARJETAS DE CREDITO	\$ 0
ARRIENDOS	\$ 0	CUOTA VEHICULO	\$ 0	VEHICULOS	\$ 0	DEUDA VEHICULOS	\$ 0
COMISIONES	\$ 0	CUOTA VIVIENDA	\$ 0	PROPIEDADES	\$ 0	DEUDAS TERCEROS	\$ 0
OTROS INGRESOS*	\$ 0	OTROS EGRESOS*	\$ 0	OTROS ACTIVOS*	\$ 0	OTROS PASIVOS*	\$ 0
TOTAL INGRESOS	2'800.000	TOTAL EGRESOS	\$ 0	TOTAL ACTIVOS	\$ 0	TOTAL PASIVOS	\$ 0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

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

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Cordoba	Mosquera	Wisner	
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELÉFONO FIJO Y/O EXTENSION/CELULAR
Ne 70 este 90A 70 Sur	Bogotá	Compadre	3184164965

7. REFERENCIA FINANCIERA (cuenta de ahorros)

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELÉFONO

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:

8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS/FONDOS

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

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

Ingeniero Ambiental

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)

3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.

4. Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinarán a actividades lícitas.

5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.

6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas 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.

7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

9. DOCUMENTOS REQUERIDOS

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

1. Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio. (Para Comerciantes)
 2. Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 3. Fotocopia Inscripción en el RIT Distrital.
 4. Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 5. Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 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)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc)

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

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
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.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratarán observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, enténdase 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.

Declaro expresamente:
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.

B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El 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 de salud y otros servicios relacionados con la 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 reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia 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.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me 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.

6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

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

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

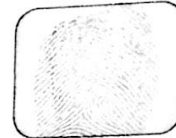
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentroorientegov.co) en el Link " POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, 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

Leiver Mosquera P.

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Índice Derecho

X. INFORMACION DE ENTREVISTA

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

XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION

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



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LEIVER MOSQUERA PALACIOS identificado(a) con CC 11645598 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios: 05/10/2012

Estado de la Afiliación: ACTIVO

IPS: UNION TEMPORAL ANDAR PLUS - ANDAR 20 DE JULIO

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 25 días del mes de marzo del año 2018.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

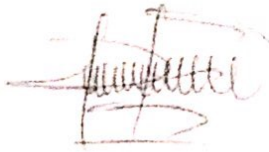

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **LEIVER MOSQUERA PALACIOS** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía número 11645598**, se encuentra afiliado (a) desde **28/02/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es **ACTIVO COTIZANTE**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 25 de marzo de 2018.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Gerencia Nacional de Servicio al Ciudadano

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

"Tu futuro lo construimos entre los dos"

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

11645598

Numero de Documento

SEGUROS BOLIVAR

ARL

Leiver

Primer Nombre

Segundo Nombre

Mosquera

Primer Apellido

Polacios

Segundo Apellido

16-04-1979

F. Nacimiento dd/mm/aa

Alto Budo

Ciudad de Nacimiento

Km 60 este 8pc 5854

Dirección de Residencia

7217206

Teléfono Fijo

Nueva EPS

EPS - Salud

Colpensiones

AFP - Pensiones

\$ 2.800.000

Honorarios

Ingeniera Ambiental

Objeto Contractual (Cargo)

Fecha Inicio del Contrato

lepomos16@gmail.com

Correo Electrónico

314 6688121

Celular

Leiver Mosquera P.

Firma del Afiliado

Firma y Nombre Supervisor del Contrato

C.C.



CERTIFICADO DE ANTECEDENTES
CERTIFICADO ORDINARIO
No. 107581147



WEB
10:42:16
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 25 de marzo 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) LEIVER MOSQUERA PALACIOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 11645598:

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 HOJAS.

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 domingo 25 de marzo de 2018, a las 10:44:29, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	11645598
Código de Verificación	11645598180325104428

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



Bogotá D.C., 25 de Marzo de 2018 - 15:54 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) **LEIVER MOSQUERA PALACIOS**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **ONCE MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO de ALTO BAUDO**

11645598

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

Esta Certificación es válida, siempre y cuando el número consignado en el respectivo documento de identificación, coincida con el aquí registrado. El certificado de Antecedentes Disciplinarios expedido por la Personería de Bogotá D.C., contiene las anotaciones de sanciones e inhabilidades disciplinarias que reporten las Entidades Distritales y las dependencias de la Personería de Bogotá D.C., con atribuciones Disciplinarias.

ADVERTENCIAS:

La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.

Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 - Ley 734 de 2002).

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMIN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora de Jurídica (E)

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: **3_EKWNM_5315**
Link de verificación -> <http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios>



POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:45:47 horas del 25/03/2018, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° 11645598

Apellidos y Nombres: MOSQUERA PALACIOS LEIVER

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) 5159111 / 9112
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



Portal Único
de Contratación

Todos los derechos reservados.



Gobierno en
Línea



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

A QUIEN INTERESE

Bogotá
COLOMBIA

2018/03/26

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LEIVER MOSQUERA PALACIOS** con **Cédula de Ciudadanía** número **11645598** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número: **002100130851**
Fecha apertura: **2014/04/07**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda

VIGILADO Banco Davivienda S.A. 2018-03-26

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7
AH 170-1Rev 4 - 06