
Fwd: Solicitud Certificado

1 mensaje

Camilo Pachón <wicapato@gmail.com>

14 de julio de 2020, 15:58

Para: Programa Cáncer <programacancer@cali.gov.co>

----- Forwarded message -----

De: **Camilo Pachón** <wicapato@gmail.com>

Date: mar., 14 jul. 2020 a las 15:57

Subject: Solicitud Certificado

To: TEM VALLE <temvalledelcauca@gmail.com>

Solicitud Certificado de Antecedentes éticos y disciplinarios

5 adjuntos



Escáner_20200714.pdf

1746K



Escáner_20200714 (3).pdf

2052K



Cedula.pdf

432K



Tarjeta Profesional.pdf

260K



COMPENSAR.pdf

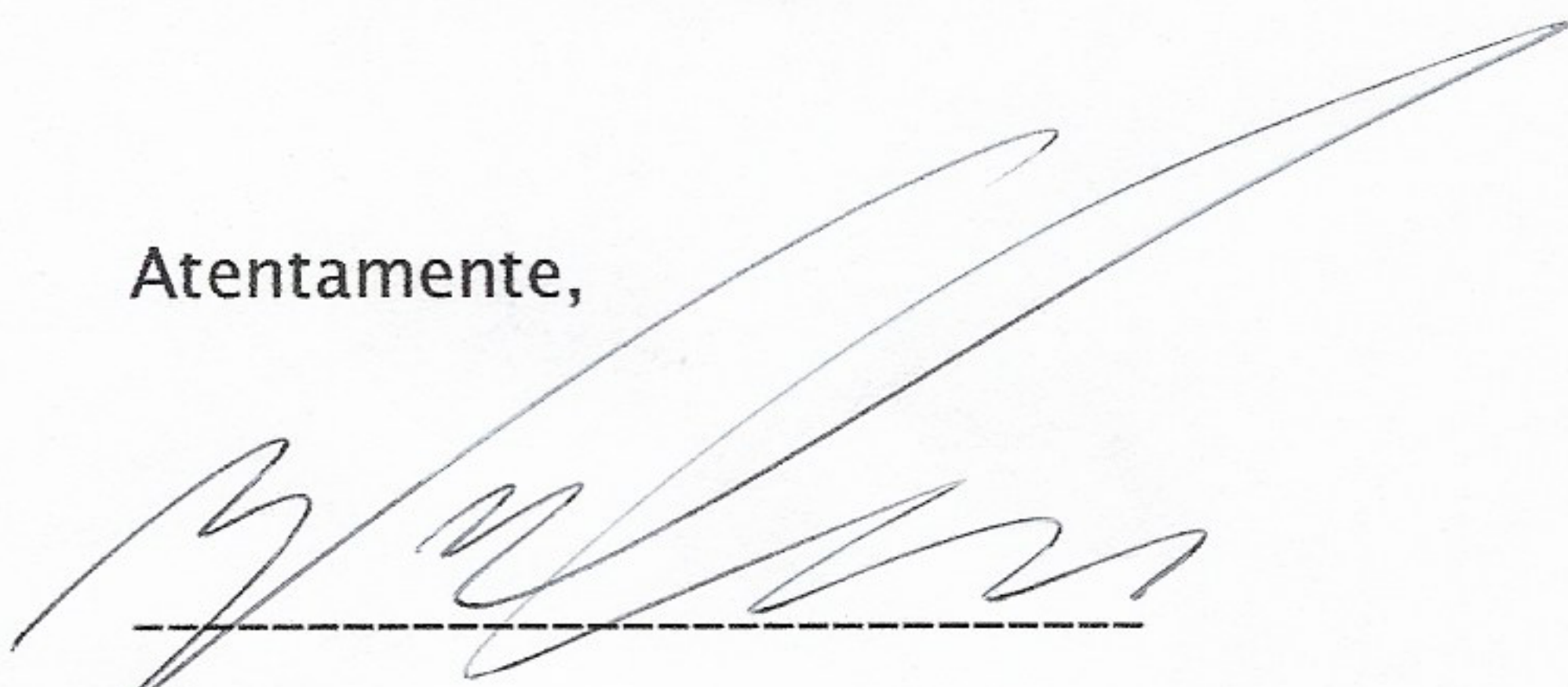
104K

SOLICITUD DE ANTECEDENTES ÉTICO DISCIPLINARIOS
(Diligenciar los datos completos (nombre(s) y apellido(s) con letra legible)

Santiago de Cali, 14-JULIO-2020

WILSON CAMILO PACHÓN TORRES, identificado(a) con
cédula ciudadanía No. 1020741433 de BOGOTÁ, tarjeta
profesional y/o registro médico No. 1020741433,
solicito al Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca que se sirva expedir a mi
nombre certificación de antecedentes ético profesionales, para lo cual anexo la
documentación exigida.

Atentamente,


Firma

Anexar:

- Fotocopia legible de la cédula de ciudadanía ó de extranjería.
- Fotocopia Legible de la Tarjeta Profesional de Médico (Minprotección Social ó Rethus) ó registro médico (Secretaría Salud Departamental del Valle).
- Recibo Original de la consignación del Banco Davivienda Cta. de Ahorros N°. 012270056828 por valor de veintidós mil pesos mcte. (\$22.000.00) a nombre del Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca.

Fecha de Entrega: _____.

(Este documento sólo es constancia de
que el certificado de antecedentes



DAVIVIENDA



(92)02500645945318

FORMATO DE CONVENIOS EMPRESARIALES

DATOS DEL CONVENIO

Nombre del convenio	Código convenio / No. cuenta		
Referencia 1	Referencia 2		
No. factura	Valor	No. factura	Valor



FORMA DE PAGO RECAUDO / PLANILLA

☐ Efectivo ☐ Cheque

CARGO A CUENTA O TARJETA DE CRÉDITO

☐ Cuenta de Ahorro ☐ Cuenta Corriente

☐ Tarjeta de Crédito

No. de cuotas

RELACIÓN DE CHEQUES LOCALES

Código banco	No. Cheque	No. cuenta del cheque	Valor
--------------	------------	-----------------------	-------

Total efectivo / Cargo a cuenta o Tarjeta \$ 22.000
No. cheques Total cheque \$
Total \$ 22.000

COBRO POR VENTANILLA

Nombre del beneficiario: Identificación del beneficiario: Valor a cobrar \$

PAGO DE PLANILLA

☐ Planilla asistida ☐ Pin único Número planilla / Pin único Periodo liquidado (AAAA/MM)

DATOS DE QUIEN REALIZA LA TRANSACCIÓN

Nombre y apellidos Teléfono Ciudad
Documento identidad: ☒ CC ☐ CE ☐ TI ☐ NIT No. documento
Firma de quien realiza la transacción

Huella

El Banco Davivienda S.A. actúa bajo la exclusiva responsabilidad de Fiduciaria Davivienda S.A. y Corredores Davivienda S.A., por lo tanto no asume obligación alguna relacionada con la ejecución de los negocios celebrados en su nombre. Los cheques depositados en esta consignación serán objeto de verificación posterior y no serán efectivos sino hasta cuando el banco librado acepte su pago, el cliente acepta desde ahora ajustes en sus saldos a que hubiere lugar. * Los pagos con cargo a tarjeta de crédito están sujetos a previa contratación y autorización de la empresa recaudadora. Comprobante válido con el sello del cajero

- CLIENTE -

- SUMIMAS S.A.S. -