ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: jueves, 09 de enero de 2020 09:27 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	80812999
Nombres y Apellidos	ALEXANDER MUÑOZ PULIDO		
Fecha de nacimiento:	25/05/1985		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	24/10/2018	Engerix B Adultos	AHBVC664AI	UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR CALLE 26
	Segunda dosis	20/12/2018	Engerix B Adultos	AHBVC711AF	UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR CALLE 26
	Tercera dosis	15/02/2019	Engerix B Adultos	AHBVC711AF	UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR CALLE 26
Influenza	Única	20/11/2019	Vaxigrip	T3A93	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL VISTA HERMOSA
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: jueves, 09 de enero de 2020 09:27 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	80812999
Nombres y Apellidos	ALEXANDER MUÑOZ PULIDO		
Fecha de nacimiento:	25/05/1985		

Neumococo	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	21/01/2019	Sarampión -Rubéola	0128W1300Z	HOSPITAL EL TUNAL
Td	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

Nombre: Alexander Muñoz Pulido
Doc. de Identificación 80812 999
Inmunizante INFLUENZA

DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	FIRMA
1	21-06-2017	Laura S

RECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
ACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

acer	**Fecha:**

IMER CONTROL MÉDICO

s de vida	**Fecha:**

IMIENTO POR ENFERMERÍA

ha de cita gramada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió

n recibir suplementos con Hierro y Vitamina
le los 6 meses hasta los 5 años de edad, de
le la estrategia **AIEPI**.

echa	Edad	Fecha
	42 meses	
	48 meses	
	54 meses	
	60 meses	
	66 meses	

se debe realizar toma de TSH al momento
de hipotiroidismo.

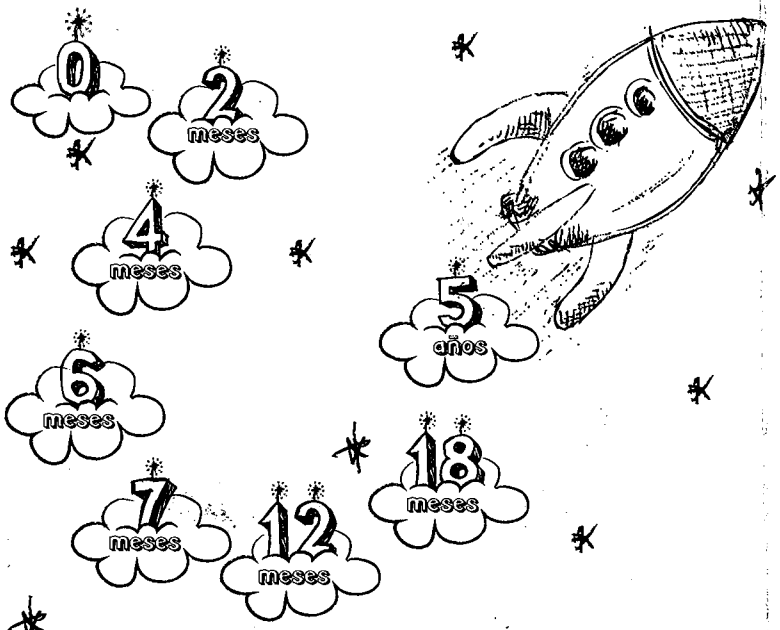
:	

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI
Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: ALEXANDER MUÑOZ
Fecha de nacimiento: 25/05/85
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: _____
Sexo: M
Grupo sanguíneo: B+
Peso al nacer: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Responsable: _____
Municipio de residencia: BOGOTA DC
Departamento: Cundinamarca

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: _____ **Registro Civil:** _____

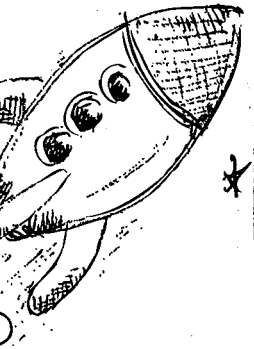
Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única						
	Hepatitis B	Recién nacido						
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª						
	Rotavirus	1ª						
	Neumococo	1ª						
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª						
	Rotavirus	2ª						
	Neumococo	2ª						
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª						
	Influenza	1ª						
7 Meses	Influenza	2ª						
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª						
	Fiebre Amarilla	1ª						
	Neumococo	Refuerzo						
	Influenza	Anual						
	Hepatitis A	ÚNICA						
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1r Refuerzo						
	Polio (Oral - IM)	1r Refuerzo						
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo						
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	AB	1ª 29 - 2ª 18 NOV 18	17 OCT. 2018	GLAXO	AHBVC664A7	compensar | salud IPS INMUNIZACIÓN		Camila Hernandez

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

a sus hijos,
es como:
itis, Enfermedad
Meningitis
as, Meningitis
Influenza.

s vacunas
s de 6 años



us hijos.
vacunación.
portante.

cial
ón
isibles
nes

25

cero
empre
GRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: moños pulido alexander
Fecha de nacimiento: 25-05-85
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: 80812999
Sexo: M
Grupo sanguíneo: B+
Peso al nacer: _____
Dirección: _____
Teléfono: 3132001160
Responsable: _____
Municipio de residencia: _____
Departamento: _____

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: _____ **Registro Civil:** _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐										
	Tuberculosis B.C.G.	Única										
	Hepatitis B	Recién nacido										
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐										
	Polio (Oral - IM)	1ª										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª										
	Rotavirus	1ª										
	Neumococo	1ª										
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐										
	Polio (Oral - IM)	2ª										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª										
	Rotavirus	2ª										
	Neumococo	2ª										
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.											
	Polio (Oral - IM)	3ª										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª										
	Influenza	1ª										
7 Meses	Influenza	2ª										
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª										
	Fiebre Amarilla	1ª										
	Neumococo	Refuerzo										
	Influenza	Anual	20	11	19	Vaxigrip	73A93	exnamed				adriana rodriguez
	Hepatitis A	ÚNICA										
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª Refuerzo										
	Polio (Oral - IM)	1ª Refuerzo										
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo										
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo										
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo										
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª										
	VPH	2ª										
	VPH	3ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



DATOS PACIENTE

Nombres:	ALEXANDER MUÑOZ PULIDO
Tipo de Documento:	CC **Documento** 80812999
Sexo M **F. Nacimiento:**	25/05/1985 **Edad:** 32 Años
Entidad:	PARTICULAR/SUR
Centro de Costo:	N/A
Cargo:	AUXILIAR DE ENFERMERIA
Fecha de Atencion:	2018-03-12
Fecha y Hora entrega resultados:	12/03/2018 4:17 PM

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado la valoración Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

ACUDIR A CONSULTA MEDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR: MEDICINA GENERAL Y NUTRICION
NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA
VALORACION OPTOMETRICA.
VALORACION EPS MEDICINA GENERAL Y NUTRICION ESTRICTA

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

CONDICION VISUAL

Exámenes Realizados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	EXAMEN OPTOMETRICO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que halla lugar.
Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): FABIAN LEGUIZAMON DIAZ **RM:** 08-1979

Firma y sello del Médico Evaluador

ALEXANDER MUÑOZ PULIDO
C.C 80812999
Firma del trabajador Evaluado

* BOGOTA SEDE PRINCIPAL
Calle 19 No. 3-50Edificio Bancholta
Tel.(+1) 281 4505 – 286 5893 – 286 5382

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal 35) No. 42 Sur,
Villamayor Tel.(+1) 458 5619 – 203 9694

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19-06
Tels (+1) 282 6429 – 342 4934

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-62
Tels (+1) 447 9088 – 447 1401 – 414 5387

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-86
Tels. (+1) 4146297 – 280 84

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 83-29
Tels. 805 1825 – 610 57 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 83-59
Tels. (+1) 257 8025 – 256 2362

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A – 25 Edificio Business Center
Interior 141 – Oficina 406

BUCARAMANGA
Calle 55 No 31 - 110, Barrio Antiguo Campestre,
Tels. (+7) 697 37 34 - 301 737 26 37

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 – 74 Barrio Barzal Alto
Tel.(+8) 674 0918 – 674 3910

CARTAGENA DE INDIAS
Avenida Pedro de Heredia, Sector La Aduana,
Calle 22 No 20B - 21 Piso 2 Tels. (+5) 644 69 71

SEDE BARRANQUILLA
Carrera 51B No. 84 - 224 Oficina 504 Centro Medico Vital

SANTA MARTA
Calle 22 No 1A - 70, Centro Medico
Piedras del Caribe. Tel. (+5) 421 48 44 - 421 65

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trade Center Tel.(+2) 240 4764 – 240 7262

MEDELLIN
Carrera 65 No. 44 B-27 Barrio la America
Tels. (+4) 412 1040 – 436 7011

CALI
Calle 16 Norte No. 4 N – 47 Barrio Versalles
Tel. (+2) 660 6676 – 660 7287

www.cendiatra.com

SEDE SUR

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE:

CENTRO SUPERIOR ESAT

"EDUCACIÓN, SALUD, ADMINSTRACIÓN Y TURISMO"

NIT. 900820764-1

EDUCACION INFORMAL

DECRETO 4904/2009 CAPITULO V No. 5.8

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ESAT
Educación Salud Administración Turismo

CERTIFICA QUE:

ALEXANDER MUÑOZ PULIDO

CC: 80.812.999 De Bogotá

ASISTIÓ Y PARTICIPÓ EN EL CURSO TEORICO-PRÁCTICO

SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

CON UNA INTENSIDAD DE 25 HORAS

Centro Superior ESAT S.A.S.
Educación - Salud - Administración - Turismo
NIT. 900.820.764-1
Bogotá - Colombia

REPRESENTANTE LEGAL

Centro Superior ESAT S.A.S.
Educación - Salud - Administración - Turismo
NIT. 900.820.764-1
Bogotá - Colombia

COORDINADOR ACADÉMICO

BOGOTÁ DC; 12 DE DICIEMBRE DEL 2018

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL	DI-GRI-FT-07 V1

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

FECHA:	Enero 2020	CIUDAD:	Bogota D.C	DEPARTAMENTO:	Cundinamarca.

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1, 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 Sur ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

CLASE O TIPO DE VINCULACIÓN LA EMPRESA (MARCA CON X)

PROVEEDOR ☐	PARTICULAR ☐	CONTRATISTA OPS ☒	SERVIDOR PÚBLICO ☐	OTRO ☐	CUAL: NA

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Muñoz	Pulido	Alexander	NA

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				No IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD)
C.C ☒	C.E ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	80.812.999	Bogota DC	1985/05/25
PASAPORTE ☐	OTRO ☐			ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☐	NO ☐	

FECHA NACIMIENTO:	LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio)	PAÍS NACIMIENTO	NACIONALIDAD:
25-05 1985	Bogota DC	Colombia	Colombiano

ESTADO CIVIL			PERSONA A CARGO	NUMERO DE HIJOS	TELÉFONO CELULAR
SOLTERO(A) ☒	CASADO(A) ☐	DIVORCIADO(A) ☐	3	2	313 2001060
UNION LIBRE ☐	VIUDO(A) ☐				

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACIÓN ACADÉMICA						PROFESIÓN / OFICIO
MAGISTER ☐	POSGRADO ☐	UNIVERSITARIO ☒	BACHILLER ☐	PRIMARIA ☐	CUAL: NA	Enfermero
	TÉCNICO ☐	TECNÓLOGO ☐	OTRO ☐			

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	CIUDAD RESIDENCIA	DEPARTAMENTO:	PAÍS RESIDENCIA:	TELÉFONO RESIDENCIA
Calle 10A Sur # 14-53	Bogota	Cundinamarca	Colombia	313 2001060

CORREO ELECTRÓNICO:	PORTAL O PÁGINA INTERNET	TIPO DE VIVIENDA		
alexandermunoz Pulido 1985@gmail.com.	NA	PROPIA ☐	FAMILIAR ☒	ARRENDADA ☐

DIRECCIÓN ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene)	CIUDAD:	DEPARTAMENTO:	PAÍS:	TELÉFONO/FAX
NA	NA	NA	NA	Na.

2. DATOS DEL CÓNYUGE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Na	NA	NA	Na

TIPO DE IDENTIFICACIÓN				NUMERO IDENTIFICACIÓN	LUGAR EXPEDICIÓN (Ciudad/Municipio)	FECHA EXPEDICIÓN (AAAA/MM/DD)
C.C. ☐	C.E ☐	R.C. ☐	NUIP ☐	NA	NA	NA
PASAPORTE ☐	OTRO ☐	CUAL: NA		ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☐ NO ☐		NACIONALIDAD: NA

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA:

ASALARIADO ☐	ESTUDIANTE ☐	HOGAR ☐	PENSIONADO ☐	CUAL: NA	
SOCIO ☐	CONTRATISTA ☒	COMERCIANTE ☐	EMPLEADO PUBLICO ☐		
PROFESIONAL INDEPENDIENTE ☐	EMPLEADO SOCIO ☐		OTRA. . . . ☐		

INFORMACIÓN TRIBUTARIA RESPONSABLE:	DECLARA RENTA	SI ☐ NO ☐	IVA	SI ☐	NO ☐	CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONÓMICA: NA NA
			ICA	SI ☐	NO ☐	PRINCIPAL: ☐ SECUNDARIA: ☐

FUNCIONARIO PÚBLICO	ADMINISTRA RECURSOS PÚBLICOS	NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DÓNDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA
SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	NA

ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	GOBIERNO ☐	COMERCIAL ☐	SERVICIOS ☐	SALUD ☐	# NIT	NA
EXPORTACIONES MEDICAMENTOS ☐	AGRÍCOLA ☐	ENERGÉTICA ☐	FINANCIERA ☐	TRANSPORTE ☐	TECNOLOGÍA ☐	ALIMENTOS ☐
OTRA ☐	CUAL: NA					

DIRECIÓN DE LA EMPRESA	TELÉFONO	CIUDAD/MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	PAÍS
NA	NA	NA	NA	NA

CARGO ACTUAL		FECHA VINCULACIÓN	
	NA		NA

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NÚMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCIÓN	TIPO SOCIEDAD
NA	NA	NA	NA	NA	NA

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	1 050 000	GASTOS FAMILIARES	1100 000	AHORROS	NA	SALDO HIPOTECA	NA
HONORARIOS	1 512 000	ARRIENDOS	300 000	INVERSIONES	NA	TARJETAS DE CRÉDITO	1 400 000
ARRIENDOS	NA	CUOTA VEHÍCULO	NA	VEHÍCULOS	NA	DEUDA VEHÍCULOS	NA
COMISIONES	NA	CUOTA VIVIENDA	NA	PROPIEDADES	NA	DEUDAS TERCEROS	NA
OTROS INGRESOS*	NA	OTROS EGRESOS*	700 000	OTROS ACTIVOS*	NA	OTROS PASIVOS*	NA
TOTAL INGRESOS	$ 0	TOTAL EGRESOS	$ 0	TOTAL ACTIVOS	$ 0	TOTAL PASIVOS	$ 0

DESCRIPCIÓN OTROS INGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS EGRESOS	DESCRIPCIÓN OTROS ACTIVOS	DESCRIPCIÓN OTROS PASIVOS
NA	NA	NA	NA

6. REFERENCIAS PERSONALES

(No debe ser familiar ni vivir con el Cliente o Cotraparte y debe ser localizable en Horario Laboral)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
machecha	abril	Tatiana	mercedes
DIRECCIÓN	**CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAÍS**	**TIPO RELACIÓN**	**TELÉFONO FIJO Y / O EXTENSIÓN/CELULAR**
Cr 99 Bis N-14-61	Bogota DC	Amiga	301 4369237

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	SUCURSAL	TELÉFONO
NA	NA	NA	NA	NA

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☐

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NÚMERO	PAÍS/CIUDAD	MONEDA	MONTO PROMEDIO
NA	NA	NA	NA	NA	NA

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACIÓN ☐ EXPORTACIÓN ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRÉSTAMOS ☐ PAGO SERVICIO ☐

OTRA ☐

CUAL: NA

8. DECLARACIÓN 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 SUR 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 entregaré a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE** provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

Actividades Como Enfermero

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 SUR ESE se destinaran a actividades licitas.
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 SUR ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR 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 mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR 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 SUR ESE.

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, CREDITICA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTE DE OTROS PAISES.

CONSIDERACIONES

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley1581 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 utilizacion 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 trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comercials, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACIÓN

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por la ESE, Subred Integrada de Servicios de Sur ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, 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 prestacón 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 prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, 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 determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de 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 INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas 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 medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran 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 capitulo XI del Título I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, 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 mi.
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur 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 Sur ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud ***(Carrera 20 #47B - 35 Sur Bogotá DC. telefono 7300000 , e-mail sarlaft@subredsur.gov.co)*** y cualquier otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion 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 autorizao, de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los terminos que nos fueron informados en el presente documento.
NOTA: Se desea ampliar esta información por favor visite: (www.subredcentrooriente.gov.co) en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

IX. FIRMA Y HUELLA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA Y VERIDICA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

Alexander Muñoz Pulido

Firma Cliente / Representante Legal



Huella Indice Derecho

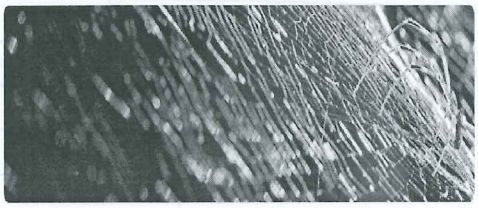
INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR LA ENTIDAD

X. INFORMACIÓN 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. INFORMACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

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



POST TEST INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN 2020

Total de puntos 80/100

El siguiente instrumento tiene como finalidad analizar el conocimiento obtenido como resultado de la inducción - reinducción. Por tal motivo califique cada enunciado de acuerdo a los rangos propuestos con honestidad y tranquilidad.

Dirección de correo electrónico *

alezandermunozpulido1985@gmail.com

Documento de Identidad *

80812999

Nombres y apellidos *

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ALEXANDER MUÑOZ PULIDO identificado(a) con cedula ciudadania 80.812.999, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20180401	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
SARA VALENTINA MUÑOZ QUIROGA	HI	1013653413	TI	20140722	0	Activo
JHON SEBASTIAN MUÑOZ QUIROGA	HI	1021689540	RC	20150925	0	Activo

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 8 días del mes de Septiembre de 2.020

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: SANDRA MAYERLY OROZCO
14227015

CER-AFI

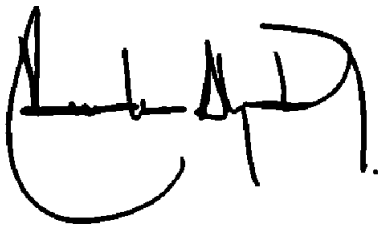
VIGILADO SuperSubsidio

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

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) **ALEXANDER MUÑOZ PULIDO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **80,812,999**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 27 días del mes de Noviembre de 2018.



_____
Gerente de Clientes

Medellín, 10 de enero de 2020

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

CERTIFICA:

Que ALEXANDER MUÑOZ PULIDO identificado(a) con cédula de ciudadanía 80812999 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 13/04/2018 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS 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), 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% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS 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), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS 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), HOSPITALES 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 generación válido por un mes:C808129992001041760

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 10/01/2020 11.36 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

CÓDIGO: AP-IA-FT-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-08-04

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

80812999	Sura
Numero de Documento	ARL

Alexander		Muñoz	Pulido
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

25/05/1985	Bogota	Calle 40 8-30	3132001060
F. Nacimiento dd/mm/aa	Ciudad de Nacimiento	Dirección de Residencia	Teléfono Fijo

compensar		$
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar de enfermería	
Objeto Contractual (Cargo)	Fecha Inicio del Contrato

alezandermunozpulido1985@gmail.com	3132001060
Correo Electrónico	Celular

alexander Muñoz Pulido	
Firma del Afliado	Firma y Nombre Supervisor del Contrato
	C.C.

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

Consulta de antecedentes

Permite consultar los antecedentes disciplinarios, penales, contractuales, fiscales y de pérdida de investidura con solo digitar el número de identificación de la persona natural o jurídica.

Tipo de Identificación: Cédula de ciudadanía

Número Identificación: 80812999

¿Escriba los tres primeros digitos del documento a consultar? 808

Consultar

Datos del ciudadano

Señor(a) ALEXANDER MUÑOZ PULIDO identificado(a) con Cédula de ciudadanía Número 80812999.

El ciudadano no presenta antecedentes

Señor(a) ciudadano(a): la expedición del certificado de antecedentes disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación es gratuita en todo el país.
Fecha de consulta: lunes, septiembre 07, 2020 - Hora de consulta: 22:33:13

Nombres, si los datos del nombre que aparecen en la consulta del certificado son inexactos, por favor de clic aqui para realizar la actualización según los datos de la REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, si luego de este paso los datos siguen erróneos por favor diríjase a la REGISTRADURÍA más cercana. Mayor información en http://www.registraduria.gov.co/

El certificado de antecedentes ordinario, refleja las anotaciones de las sanciones impuestas en los últimos cinco (5) años, al cabo de los cuales, el sistema inactiva automáticamente el registro salvo que la sanción supere dicho término, caso en el cual el antecedente se reflejará hasta que dicho término expire.

El certificado de antecedente especial, refleja todas las anotaciones que figuren en la base de datos, y se expide para acreditar requisitos de cuya elección, designación o nombramiento y posesión exige ausencia total o parcial de antecedentes.

Para ver este documento necesita Acrobat Reader. Si no lo tiene, haga clic aquí para descargarlo gratis.

Copyright © 2013. Procuraduría General de la Nación / Todos los derechos reservados
Desarrollado por: CDI Software Colombia
V.0.0.5

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy lunes 07 de septiembre de 2020, a las 22:35:32, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	80812999
Código de Verificación	80812999200907223531

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Personería de Bogotá, D. C.

CERTIFICADO ORDINARIO VÍA WEB
No. 3742496

Bogotá D.C., 7 de Septiembre de 2020 - 22:45 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) **ALEXANDER MUÑOZ PULIDO**, quien se identifica con la CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: **OCHENTA MILLONES OCHOCIENTOS DOCE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE** de BOGOTA

80812999

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.

JUAN RAMÓN JIMENEZ OSORIO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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

El código de verificación para la autenticidad del documento es: 9_85X_4522
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 22:46:00 horas del 07/09/2020, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80812999**
Apellidos y Nombres: **MUÑOZ PULIDO ALEXANDER**

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.



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2018/04/09

Por medio de la presente hacemos constar que el señor ALEXANDER MUNOZ PULIDO
con Cédula de Ciudadanía número 80812999
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

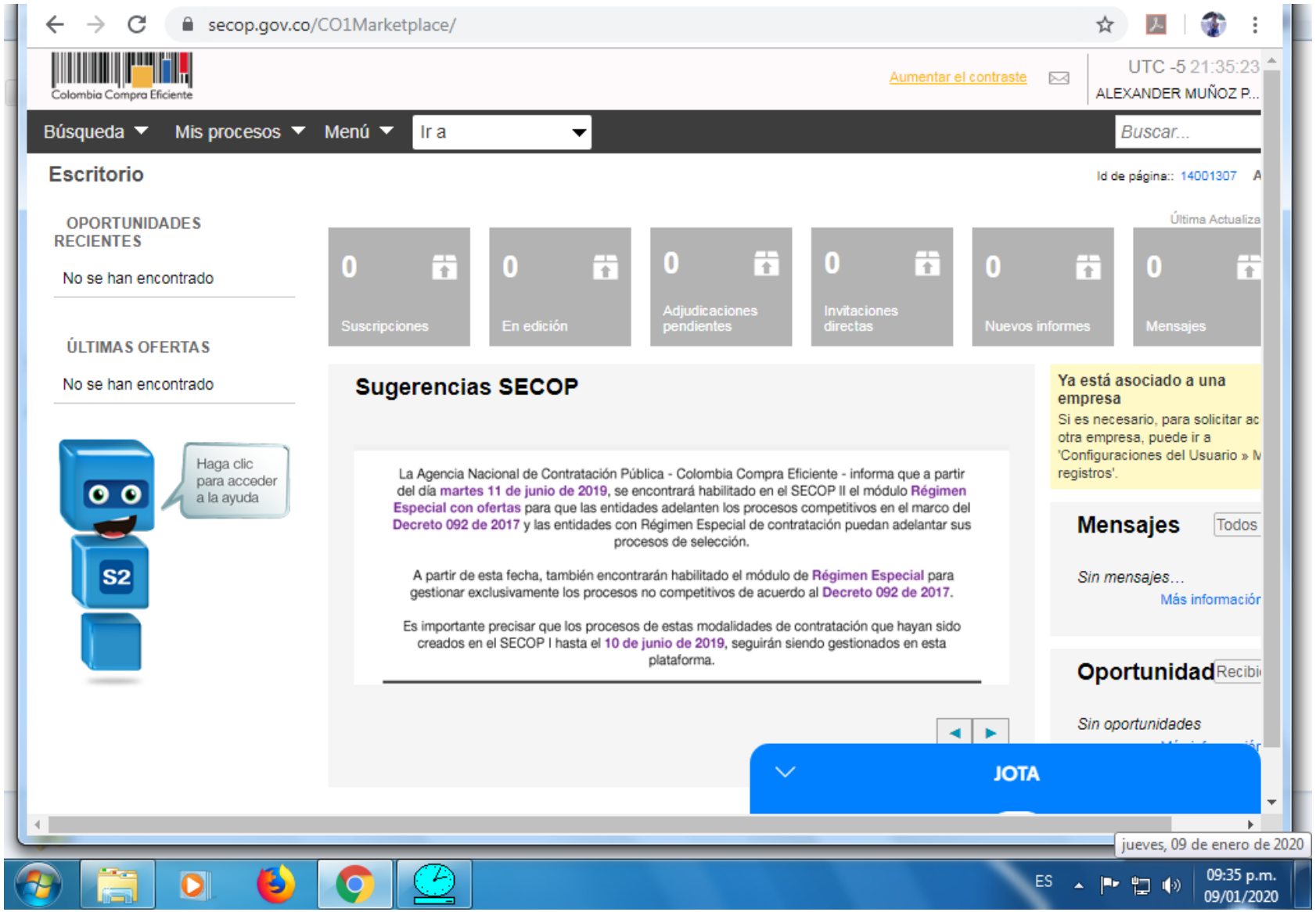
Número	005070226260
Fecha Apertura	2007/12/19

Cordialmente,

DAVIVIENDA
OFICINA BARRIO RESTREPO

Firma Autorizada
DAVIVIENDA




secop.gov.co/CO1Marketplace/
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 21:35:23
ALEXANDER MUÑOZ P...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio
Id de página:: 14001307
OPORTUNIDADES RECIENTES
No se han encontrado
ÚLTIMAS OFERTAS
No se han encontrado
Última Actualiza
0 Suscripciones
0 En edición
0 Adjudicaciones pendientes
0 Invitaciones directas
0 Nuevos informes
0 Mensajes
Haga clic para acceder a la ayuda
S2
Sugerencias SECOP
La Agencia Nacional de Contratación Pública - Colombia Compra Eficiente - informa que a partir del día martes 11 de junio de 2019, se encontrará habilitado en el SECOP II el módulo Régimen Especial con ofertas para que las entidades adelanten los procesos competitivos en el marco del Decreto 092 de 2017 y las entidades con Régimen Especial de contratación puedan adelantar sus procesos de selección.
A partir de esta fecha, también encontrarán habilitado el módulo de Régimen Especial para gestionar exclusivamente los procesos no competitivos de acuerdo al Decreto 092 de 2017.
Es importante precisar que los procesos de estas modalidades de contratación que hayan sido creados en el SECOP I hasta el 10 de junio de 2019, seguirán siendo gestionados en esta plataforma.
Ya está asociado a una empresa
Si es necesario, para solicitar ac
otra empresa, puede ir a
'Configuraciones del Usuario » M
registros'.
Mensajes
Todos
Sin mensajes...
Más informació
Oportunidad
Recibi
Sin oportunidades
JOTA
jueves, 09 de enero de 2020
ES
09:35 p.m.
09/01/2020

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 09-sep-2020

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
MUÑOZ	PULIDO	ALEXANDER

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80812999

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 80812999 D.M 2

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 25 MES MAY AÑO 1985

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

calle 10A sur #14-53 sur

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3125606020

EMAIL alezandermunozpulido1985@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

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

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* Bachiller Académico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 2004
										X	

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

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

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
Especialización universitaria	3	X		ESPECIALIZACION EN AUDITORIA DE SALUD	6	2006	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
Atención del paciente en el servicio de Urgencias	Centro Superior ESAT	2018	25
SOPORTE VITAL BASICO	ESAT	2018	25
Actualización en Administración de Medicamentos	El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA	2015	60
Toma de muestras de Laboratorio	El servicio Nacional de Aprendizaje SENA	2015	50

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 09-sep-2020

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
HOSPITAL TUNAL ESE	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3105544891	DIA 1 MES 3 AÑO 2018	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Auxiliar de Enfermería	UCI Intermedios Adultos	cra 20 # 42 sur - 47

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
mederi		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	alezandermunozpulido1985@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4855970	DIA 18 MES 9 AÑO 2015	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
indefinido	auxiliar de enfermeria	Carrera 30, Carrera 50, Carrera 60, Calle 68.

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Hospital Simón Bolívar	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6767940 ext 172	DIA 15 MES 11 AÑO 2011	DIA 11 MES 1 AÑO 2013

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Auxiliar de Enfermería	Hospitalizacion	calle 165 # 7-06

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 09-sep-2020

3 EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
KWServicios integrados para Fundación Clínica Shaio		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2852875	DIA 15 MES 1 AÑO 2008	DIA 30 MES 6 AÑO 2011

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
Auxiliar de Enfermería	Hospitalizacion / urgencias	Ccarrera 15a # 46-16 oficina 303

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	8	5
Pública	3	8
Total	9	7

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 09-sep-2020

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 09-sep-2020

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ALEXANDER MUÑOZ PULIDO

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 80812999 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección calle 10A sur #14-53 sur **Teléfonos** 3132001060 3125606020

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
JHON SEBASTIAN MUÑOZ QUIROGA	1021689540	Hijo(a)
SARA VALENTINA MUÑOZ QUIROGA	1013653413	Hijo(a)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

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

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 12.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 12.000.000,00

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

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
				$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

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

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
COLPATRIA	TARJETA DE CREDITO	$ 2.800.000,00

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

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

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

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

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

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

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
LADY JULIETH QUIROGA BERNAL	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	52902474

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

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

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

BOGOTÁ D.C. 09-sep-2020

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que NO me encuentro dentro de las causales de inhabilidad e incompatibilidad de orden constitucional o legal, para ejercer cargos, empleos públicos o para celebrar contratos de prestación de servicios con la administración pública.

De conformidad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 190 de 1995 en caso de que sobrevenga al acto de nombramiento o posesión alguna inhabilidad o incompatibilidad, lo advertiré inmediatamente a la entidad.

Para todos los efectos legales, certifico que los datos registrados en mi hoja de vida, así como los documentos anexos aportados son veraces.

Para constancia se firma en Bogotá a los ____09_ de ___09____ de __2020_____

Cordialmente,

__Alexander Muñoz Pulido_____
C.C.80.812.999

COMPROMISO DE INTEGRIDAD

Como colaborador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. reconozco la importancia de asumir un compromiso con el logro de los objetivos estratégicos institucionales y por ello me comprometo a:

- ✓ Apropiar y promover los valores y principios de la Entidad, de la función administrativa y del Estado, así como instituir las normas éticas que deben inspirar el proceder y las acciones de todos colaboradores de la Institución.
- ✓ Promover en mi grupo de trabajo y con todos los grupos de interés de la entidad, una cultura socialmente responsable orientada al respeto por los derechos humanos, prácticas laborales justas, con enfoque de precaución frente a los impactos ambientales y a la lucha contra la corrupción.
- ✓ Conocer el Manual Código de Integridad y Buen Gobierno AP-TH-MN-05 de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, y por lo tanto, el compromiso de actuar en coherencia con su contenido y filosofía dado que se relaciona con las conductas que se deben practicar como colaborador de la Entidad.
- ✓ Actuar bajo los lineamientos del Código de Integridad y Buen Gobierno, a cooperar con mi equipo de trabajo y orientar nuestras actuaciones hacia la transparencia y defensa de lo público,

Adicionalmente me comprometo a:

_Me comprometo a los reglamentos dichos anteriormente y para mejorar cada dia y dar lo mejor

de lo q somos en relidad q trabajamos de corazón __q en verdad tenemos sentimientos

Para dar la vida por nuertos paciente

_____

_____

_____

Nombre: ___Alexander Muños Pulido_____

Documento: _80812999_____

Cargo: ____tecnoco auxiliar de enfermderia_____

Fecha: ___04/09/2020_____

La República de Colombia

y en su nombre el

Colegio Diego Fallon

Aprobado por la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá D.C.,
según Resolución Nº 7528 del 20 de Noviembre de 1998

Confiere a:

Alexander Muñoz Pulido

Identificado (a) con C.C. Nº 80.812.999 de Bogotá, D.C.

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media Académica, Artículo 28 Ley 115 de 1994
según los planes y programas vigentes

COLEGIO DIEGO FALLON
BOGOTA

Rector (a)

COLEGIO DIEGO FALLON
RECTORIA
BOGOTA COLOMBIA

Secretario (a)

Dado en Bogotá, D.C., a los 30 días del mes Noviembre del año 2004

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según Decretos Nº 921
del 5 de Mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional,
y 2158 del 5 de Diciembre de 1995, Presidencia de la República.

Scanned by CamScanner

La República de Colombia

y en su nombre

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 de Febrero de 1999

expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330-22 de Abril de 1999

emanada de la Secretaría de educación de Santafé de Bogotá D.C.

Que : Muñoz Pulido Alexander

Curso y Aprobó los estudios programados por la Institución y cumplió los requisitos exigidos por la Ley

Con una intensidad de 1800 horas

Técnico Laboral en

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Presidente

Roberto Galindo G.

FUSDESA DIRECTOR ACADEMICO

Directora Académica

Lila Yaneth Cícua Ramírez

Dado en Bogotá D.C., A los 17 días del mes de Junio de 2006

Anotado en el folio 4467 del libro 04 del Registro de Fusdesa

Scanned by CamScanner

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

COLEGIO DIEGO FALLON

Jornada Unica

CALLE 26 Sur Nº 9 - 61 - TELEFONOS: 272 20 40 239 45 50
BOGOTA D.C.

128
INSCRIPCION S.E.

311001009040
INSCRIPCION DANE

En la ciudad de Bogotá, D.C., a los 30 días del mes de Noviembre del año 2004 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos (as), de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría del **COLEGIO DIEGO FALLON. Jornada Unica.** Institución aprobada hasta Nueva Visita en el nivel de Educación Media Vocacional y Aprobado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., para otorgar el Título de Bachiller en la Modalidad Académica, según Resolución Nº 7528 del 20 de Noviembre de 1998.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los alumnos (as), que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el

TITULO DE

BACHILLER ACADEMICO

al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identidad se relacionan a continuación:

Alexander Muñoz Pulido

Identificado (a) con C.C. Nº 80.812.999 de Bogotá, D.C.

Es fiel copia tomada del Acta Original General Nº 26, Folio Nº 26, de Fecha 30 de Noviembre del año 2004 que consta de 40 alumnos (as); que comienza con el nombre de ACUÑA ORTIZ JAVIER ANDRES y se cierra con el nombre VALDERRAMA SUAREZ JULIA CAROLINA

Firmada por

MARCO AURELIO DELGADILLO PEÑA Rector y
AGUEDA ARIAS DE DELGADILLO Secretaria

Dada en Bogotá, D.C., a los 30 días del mes de Noviembre del año 2004

FIRMADA Y SELLADA

Rector

COLEGIO DIEGO FALLON
RECTORIA
BOGOTA, COLOMBIA

Marco Aurelio Delgadillo Peña
C.C. 5.807.367 de Ibagué

Secretaria

COLEGIO DIEGO FALLON
Secretaria

Agueda Arias de Delgadillo
C.C. 41.403.980 de Bogotá

NOTA: SEGÚN DECRETO Nº 1024 DEL 15 DE ABRIL DE 1982, NO REQUIERE AUTENTICACIÓN DE FIRMAS.

Scanned by CamScanner

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

"FUSDESA"

Aprobada por el Ministerio de Salud Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento No. 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Santafé de Bogotá, D.C.

ACTA GENERAL No. 015

En Bogotá, D.C. El día 15 de Junio del Año dos mil seis (2006), se Reunieron en el aula múltiple de la Escuela de Salud FUSDESA, el Presidente, Director Académico, Coordinador Académico y el Cuerpo de Docentes, previo juramento de rigor se le hizo entrega a

ACTA INDIVIDUAL No. 4467

Muñoz Pulido Alexander

C.C. 80.812.999 de Bogotá D.C.

El certificado que lo (a) acredita como :

Técnico Laboral
Auxiliar de Enfermería

Por haber cumplido los requisitos académicos y las prácticas reglamentarias, conforme a disposiciones de Ley con una intensidad de 1.800 Horas.

Para constancia se firma la presente en Bogotá, D.C. A los Diecisiete (17) días del mes de Junio del año dos mil seis (2006)

FUSDESA DIRECTOR ACADEMICO

Presidente
Roberto Galindo G.

Directora Académica
Lila Yaneth Cicua Ramírez

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE:

CENTRO SUPERIOR ESAT

"EDUCACIÓN, SALUD, ADMINSTRACIÓN Y TURISMO"

NIT. 900820764-1

EDUCACION INFORMAL

DECRETO 4904/2009 CAPITULO V No. 5.8

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

ESAT
Educación Salud Administración Turismo

CERTIFICA QUE:

ALEXANDER MUÑOZ PULIDO

CC: 80.812.999 De Bogotá

ASISTIÓ Y PARTICIPÓ EN EL CURSO TEORICO-PRÁCTICO

ATENCION DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

CON UNA INTENSIDAD DE 25 HORAS

Centro Superior ESAT S.A.S
Educación - Salud - Administración - Turismo
NIT. 900.820.764-1
Bogotá - Colombia

REPRESENTANTE LEGAL

Centro Superior ESAT S.A.S
Educación - Salud - Administración - Turismo
NIT. 900.820.764-1
Bogotá - Colombia

COORDINADOR ACADÉMICO

BOGOTÁ DC; 03 DE SEPTIEMBRE DEL 2018

Scanned by CamScanner

méderi
Hospitalidad y Ciencia

CERTIFICA
QUE:

ALEXANDER MUÑOZ PULIDO

C.C. 80812999

octubre 6, 2017

CUMPLIO EL CICLO DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN INTEGRAL
EN SALUD A VÍCTIMAS DE VIOLENCIAS SEXUALES
CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS

JUAN MAURICIO PARDO IVIEDO
DIRECTO CIENTÍFICO

MARITZA CECILIA DUARTE SANDOVAL
JEFE TALENTO HUMANO

JAVIER ARDILA MONTEALEGRE
JEFE DEPARTAMENTO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Scanned by CamScanner

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Escuela para Auxiliares de Enfermería San Rafael
BOGOTÁ | COLOMBIA

méderi
Hospitalidad y Ciencia

8912042017

CERTIFICA QUE:

Alexander Muñoz Pulido

Identificada(o) con C.C. Nº 80.812.999 Bogotá D.C.

PARTICIPÓ Y APROBÓ EL CURSO:

"ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DEL PACIENTE EN URGENCIAS"

INTENSIDAD 20 HORAS

Realizado en Bogotá D.C, del 03 al 19 de Abril de 2.017

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS
Escuela para Auxiliares
de Enfermería San Rafael
DIRECTORA

OLGA JEANET CESPEDES CASTILLO
DIRECTORA ESCUELA

Scanned by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ALEXANDER MUÑOZ PULIDO

Con Cedula de Ciudadania No. 80.812.999

Cursó y aprobó la acción de Formación

ACTUALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.

con una duración de 60 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los seis (6) días del mes de julio de dos mil quince (2015)

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

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

27995110 - 06/07/2015
FECHA REGISTRO

Autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 300960724CC80812999C.

Scanned by CamScanner

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

ALEXANDER MUÑOZ PULIDO

Con Cedula de Ciudadania No. 80.812.999

Cursó y aprobó la acción de Formación

TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO.

con una duración de 50 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Bogotá, a los diecisiete (17) días del mes de abril de dos mil quince (2015)

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

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

26579136 - 17/04/2015
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 940300928687CC80812999C.

Scanned by CamScanner

méderi
Hospitalidad y Ciencia

Universidad del
Rosario

2° CONGRESO DE ENFERMERÍA

Enfermería liderando servicios de urgencias

HUMANIZADOS Y SEGUROS

29 Y 30 DE SEPTIEMBRE DE 2016

Otorgan el presente

CERTIFICADO

ALEXANDER MUÑOZ PULIDO

Por su asistencia y participación en el **2º CONGRESO DE ENFERMERÍA**,
realizado los días 29 y 30 de septiembre de 2016, con una intensidad de dieciséis (16) horas académicas

Juan Mauricio Pardo Oviedo
Director Científico
Méderi

Carol Vanegas Salinas
Gerente
Formación Continua
Universidad del Rosario

Gustavo Quintero Hernández
Decano
Escuela de Medicina y Ciencias
de la Salud Universidad del Rosario

Scanned by CamScanner

Escuela para Auxiliares de
Enfermería San Rafael

Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

CERTIFICA QUE:

Alexander Muñoz Pulido

Identificada(o) con C.C. Nº 80.812.999

PARTICIPO EN CALIDAD DE ASISTENTE

EN LA XVI JORNADA DE ACTUALIZACION EN ENFERMERIA
"SEGURIDAD DEL PACIENTE UN COMPROMISO DE TODOS"

INTENSIDAD 9 HORAS

Bogotá D.C, 18 de Julio de 2.014

OLGA JEANET CESPEDES CASTILLO
DIRECTORA ESCUELA

Scanned by CamScanner

ConvaTec

OTORGA

Certificado de asistencia

A

Alexander Muñoz

Por su participación en la jornada de actualización en el manejo de Heridas y Ostomias, realizado en Bogotá los días 13 y 14 de Marzo de 2014, con una intensidad de 8 horas.

Judith Ahumada. MD
Professional Education and Business Support,
Manager
Colombia

Teresita Perdomo Ardila
Gerente de Educación
Continuada
ConvaTec

Scanned by CamScanner

méderi
Hospitalidad y Ciencia

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
LA ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Y EDUCACIÓN CONTINUADA

Otorgan el presente
Certificado

A **ALEXANDER MUÑOZ PULIDO**

Por su asistencia y participación en el ***II SIMPOSIO DE ENFERMERÍA "ROL DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO HUMANIZADO Y SEGURO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO"***, realizado el 26 de julio de dos mil trece (2013), con una intensidad de diez (10) horas académicas.
Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, a los veintiséis (26) días del mes de julio de dos mil trece (2013).

NESTOR DARIO BUSTAMANTE RAMIREZ
Director Hospitalario
Méderi

DIANA MARIA SILVA LIZARAZO
Directora
Educación Continuada

Real Cédula del 31 de diciembre de 1651 - Resolución 58 del 16 de septiembre de 1895

Scanned by CamScanner

Infundiendo
Confianza
Colleague

CERTIFICADO DE ENTRENAMIENTO

A Nombre de

Alexander Muñoz

En reconocimiento al entrenamiento y aprobación satisfactoria de la capacitación en:

Colleague CXE Cambios y Manejo

2012

BOGOTA

D. Gil

Entrenador Certificado en Colleague CXE 001

Baxter

Scanned by CamScanner

FUNDACION CLINICA SHAIO

PRIMER CENTRO CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA

Bogotá, D.C., 27 de Noviembre de 2009

EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y LA COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN DE LA FUNDACIÓN CLINICA SHAIO

CERTIFICAN:

Que el Auxiliar de Enfermería ***ALEXANDER MUÑOZ PULIDO****, cumplió con el* ***CURSO DE FORMACIÓN TEÓRICO-PRÁCTICO*** *para el desempeño en el* ***SERVICIO DE URGENCIAS****, con una intensidad horaria de 135 horas incluida teoría y práctica.*

Atentamente,

Patricia Granados M.

Patricia Granados Moreno
Directora Departamento de Enfermería

Andrea Medina J.

Andrea Medina Julinico
Coordinadora de Educación

Copia: Hoja de Vida

DE/CEE/Haydeé H.

Scanned by CamScanner

Fusdesalud

Centro Médico Integral

NIT 52 827 419-1

Certifica:

Que: *Muñoz Pulido Alexander*

Asistió al curso Básico de

Tripulacion A.P.H. en Ambulancia

Con una intensidad de 20 horas

NANCY GALINDO GOMEZ
GERENTE

PEDRO NEL PEREZ ARDILA
DIRECTOR CIENTIFICO

U.S.V. ACCION
INSTRUCTOR

Dado En Bogotá, D.C., A Los 11 Días Del Mes De Diciembre De 2005

Scanned by CamScanner

ESCUELA DE SALUD

"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330-22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá D.C.

Certifica:

Que: *Muñoz Pulido Alexander*

Asistió al curso de

Sutura II

Con una intensidad de 20 horas

Roberto Galindo González
Presidente

Dr. Pedro Nel Pérez Ardila
Director Académico

Docente

Dado, En Bogotá, D.C., A Los 15 Días Del Mes De Octubre De 2005

Scanned by CamScanner

ESCUELA DE SALUD
"FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

A : *Muñoz Pulido Alexander*

Por haber asistido al curso de Sutura Básica
con una intensidad de 20 horas

Roberto Galindo González
Presidente

Dr. Pedro Nel Pérez Ardila
Director Académico

Enfermera

Dado, En Bogotá, D. C., A Los 8 Días Del Mes De Octubre De 2005

Scanned by CamScanner

FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION "FUSDESA"

ESCUELA DE SALUD "FUSDESA"

Educación no formal Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999
expedido por el Ministerio de Salud y Licencia de Funcionamiento No. 1330 - 22 de Abril de 1999
emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C.

Certifica:

Que: Alexander Muñoz

Asistió al curso Básico de

PRIMEROS AUXILIOS

Con una intensidad de 20 horas

Roberto Galindo González	Dr. Pedro Nel Pérez Ardila	Instructor Socorrista
Presidente	Director Académico	

Dado en Bogotá, D. C., a los 9 Dias del Mes de Octubre de 2004

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

Instituto **Fusdesa**
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF¸ autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, _____**Alexander Muñoz Pulido**_____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:

Técnico auxiliar de enfermería
_____
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma __Alexander Muñoz Pulido_____

No. de documento:_80.812.999_____

Tarjeta profesional No:_____80.812.999_____

Dirección de contacto: _____calle #40 8-30 Barrio león 13 2 sectot_____

Teléfono: _____3132001060_____

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

Bogotá D.C Enero 2020

Señores:

Fosdesa.

Por medio de la presente, yo Alexander muñoz Pulido, identificado con número de documento 80.812.999, 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.

Cordialmente,

Nombre: Alexander muñoz Pulido

No. Documento: 80.812.999

Teléfono: 313 200 1060

méderi

LA CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD
NIT 900210981

CERTIFICA QUE:

ALEXANDER MUÑOZ PULIDO con Cédula de Ciudadanía Nro 80.812.999 de BOGOTA D.C., está vinculado a la **CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD** desde el **1 de agosto de 2012** , con un contrato a término Fijo, ocupando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA** , con una asignación mensual de Un millón veintiséis mil de pesos mcte ($1.026.000,00) .

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 09 días del mes de enero de 2020.

MARITZA CECILIA DUARTE SANDOVAL
Gestor de Talento Humano
Corporación Hospitalaria Juan Ciudad

Esta certificación es generada automáticamente, por tal razón MEDERI no se hace responsable de modificaciónes no autorizadas de la información que aquí se presenta; para validar este documento favor llamar a la oficina de talento humano al teléfono: 5600520 extensiones 4132 - 4121.

LA CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD
NIT 900210981

CERTIFICA QUE:

ALEXANDER MUÑOZ PULIDO con Cédula de Ciudadanía Nro 80.812.999 de BOGOTA D.C., está vinculado a la **CORPORACION HOSPITALARIA JUAN CIUDAD** desde el **1 de agosto de 2012**, con un contrato a término Fijo, ocupando el cargo de **AUXILIAR DE ENFERMERIA**, con una asignación mensual de Novecientos noventa y cuatro mil pesos mcte ($994.000,00) .

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, a los 27 días del mes de noviembre de 2018.

Esta certificación es generada automáticamente, por tal razón MEDERI no se hace responsable de modificaciónes no autorizadas de la información que aquí se presenta; para validar este documento favor llamar a la oficina de talento humano al teléfono: 5600520 extensiones 4132 - 4121.

Scanned by CamScanner

Hospital Simón Bolívar	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Código: GTH-FO-295-017	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Hospital Simón Bolívar
	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO CONTRATACIÓN	Versión: 0	

LIDER GRUPO FUNCIONAL DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA

Que, el señor(a) **ALEXANDER MUÑOZ PULIDO** identificado(a) con cédula de ciudadanía **No.80.812.999,** prestó sus servicios como **AUXILIAR SERVICIOS DE ENFERMERIA** mediante Contrato de Prestación de Servicios N°1308, de fecha 15 de noviembre del 2011 hasta el 11 de enero del 2013, recibiendo por honorarios la suma de: **NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL CIENTO NUEVE PESOS MCTE.** ($986.109).

La presente certificación se expide en Bogotá D.C., a los (23) días del mes de Enero de 2013, a petición del interesado.

JOSE ALEXANDER MORENO PAEZ
Líder Grupo Funcional de Contratación

Proyectó: luz dary Fernández

Calle 165 # 7 – 06
Teléfono 6767940
esesimonbolivar@gov.co
Atención al usuario 6770230

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar

Scanned by CamScanner

KWS SERVICIOS INTEGRADOS LTDA.
NIT. 800.140.877-4

CERTIFICAMOS QUE:

El señor (a) **MUÑOZ PULIDO ALEXANDER,** identificado(a) con **C.C.80.812.999**, laboró en nuestra compañía para **FUNDACIÓN CLÍNICA SHAIO**, con un contrato por labor determinada, en el siguiente periodo de trabajo relacionado a continuación:

- Desde **ENERO 15 DE 2008** hasta el **JUNIO 30 DE 2011**, desempeñando el cargo de **ENFERMERO AUXILIAR.**

Dada en Bogotá D.C., a los (19) días del mes de Agosto de 2011

Cordialmente,

KWS SERVICIOS INTEGRADOS LTDA
NIT. 800.140.877-4

RAFAEL E. AGUIA FLOREZ
Gerente

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **80.812.999**

MUÑOZ PULIDO

APELLIDOS

ALEXANDER

NOMBRES

Alexander Muñoz Pulido

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-MAY-1985**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78	**B+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-MAY-2003 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00284635-M-0080812999-20110317 **0026**177060A 1 1461242454

Scanned by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14680643245

(415)7707212489984(8020) 000001468064324 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 8 1 2 9 9 9	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	8 0 8 1 2 9 9 9	2 0 0 3 0 5 3 0

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MUÑOZ	PULIDO	ALEXANDER	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 10 A SUR 14 53

42. Correo electrónico alezandermunozpulido1985@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
0	3 1 3 2 0 0 1 0 6 0	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 3 1 1 1 5					

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
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

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

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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 2020 - 01 - 27

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

984. Nombre MUÑOZ PULIDO ALEXANDER
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 07-09-2020 10:30:06PM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:27/01/2020

CONTRIBUYENTE	C.C. 80812999	ALEXANDER MUÑOZ PULIDO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 10A SUR 14 53 Teléfonos: 3132001060

Dirección electrónica: alezandermunozpulido1985@ Ciudad: BOGOTÁ, D.C. Municipio: BOGOTÁ DC

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: SIMPLIFICADO Fecha desde: 01/01/2015

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 01/01/2015 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 86921 - Actividades de apoyo terapéutico (excepto entidades e instituciones promotoras y prestadoras de servicios de salud, de naturaleza pública y privada, que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.)

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

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

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

Fuente: RIT-SHD

SGS CO18/8129

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta de Reservista Segunda Clase

80812999

MUÑOZ PULIDO
ALEXANDER



PERTENECE AL EJERCITO DE:

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 - DIC 2015	31 - DIC 2025	31 - DIC 2035

PROFESION BACHILLER

FECHA EXPEDICION 02-MAR-2006

1A

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DE SALUD



CERTIFICADO DE INSCRIPCION

ALEXANDER
MUÑOZ PULIDO
C.C. 80812999

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 05/07/2011

Scanned by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES
Tarjeta de Reservista Segunda Clase

80812999
MUÑOZ PULIDO
ALEXANDER

PERTENECE AL EJERCITO DE:

1A. LINEA	2A. LINEA	3A. LINEA
31 DIC 2015	31 DIC 2025	31 DIC 2035

PROFESION: BACHILLER

FECHA EXPEDICION 02-MAR-2006





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARIA DE SALUD

CERTIFICADO DE INSCRIPCION

ALEXANDER
MUÑOZ PULIDO
C.C. 80812999

AUXILIAR DE ENFERMERIA

Expedicion 05/07/2011

Scanned by CamScanner

Secretaría
SALUD
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA, D.C.

Resolución No 6075 de 13/07/2006

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D,C

Por la cual se autoriza el ejercicio de la profesión en el Territorio Nacional.

LA DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD

en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas en el decreto 1875 de 1994 y resoluciones 02085 de Febrero 7 de 1989 y 449 de Febrero 8 de 1993 suscritas por el Ministerio de Salud y, Resolución No. 001390 del 10 de Marzo de 1997 y

CONSIDERANDO

Que el(la) señor(a) MUÑOZ PULIDO ALEXANDER Identificado(a) con CC número 80812999 expedida en BOGOTA D,C solicitó ante esta Secretaría la autorización del ejercicio de su profesión según CERTIFICADO de AUXILIAR DE ENFERMERIA otorgado por LA FUNDACION ESCUELA DE SALUD FUSDESA el día 17/06/2006 y registrado en el libro 4 Folio 4467 año 2006
Que estudiada la documentación presentada por el solicitante esta cumple con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes;

Que en virtud de lo expuesto este Despacho,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: autorizar a MUÑOZ PULIDO ALEXANDER identificado(a) con CC número 80812999 expedida en BOGOTA D,C para desempeñarse como AUXILIAR DE ENFERMERIA en el Territorio Nacional e inscribirlo para laborar en el D,C.

ARTICULO SEGUNDO: Para poder ejercer la profesión en zona geográfica diferente a donde se autorizo el título o certificado la persona deberá inscribir su nombre en la Secretaría de Salud del departamento donde va a laborar con el fin de ejercer el control y vigilancia que corresponde.

ARTICULO TERCERO: Contra la presente resolución procede el recurso de reposición ante la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud en los términos establecidos en el código contencioso administrativo.

NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE
Dada en Bogotá, D.C. a los 13/07/2006

ORIGINAL FIRMADO POR
CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS

CLAUDIA HELENA PRIETO VANEGAS
Directora de Desarrollo de Servicios.

Bogotá, D.C 09 de Julio
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Alexander Muñoz P
CC. # 80.812.999
Firma Alexander Muñoz P

Elaboro: Victor Sánchez
Revisó : Adriano Lozano

Scanned by CamScanner

ReTHUS
A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *
- Seleccione uno - Cédula de Ciudadanía Cédula de Extranjería CN Certificado de Nacido Vivo Nit Pasaporte PE Permiso Especial de Permanencia Registro Civil Tarjeta de Identidad

Número de Identificación *

Primer Nombre *

Primer Apellido *

Resultado General

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Detalles
CC	80812999	ALEXANDER		MUNOZ	PULIDO	Ver

Información Detallada [CC: 80812999] ALEXANDER MUNOZ PULIDO
Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha desde que puede ejercer	Entidad Reportadora
AUX	Local	Auxiliar de enfermería	2006/7/13	DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).
Procesando espere un momento...

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: jueves, 09 de enero de 2020 09:27 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	80812999
Nombres y Apellidos	ALEXANDER MUÑOZ PULIDO		
Fecha de nacimiento:	25/05/1985		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
BCG	Única				
DPT	Única				
DPT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
Fiebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	24/10/2018	Engerix B Adultos	AHBVC664AI	UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR CALLE 26
	Segunda dosis	20/12/2018	Engerix B Adultos	AHBVC711AF	UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR CALLE 26
	Tercera dosis	15/02/2019	Engerix B Adultos	AHBVC711AF	UNIDAD DE SERVICIOS COMPENSAR CALLE 26
Influenza	Única	20/11/2019	Vaxigrip	T3A93	GRUPO EXTRAMURAL - HOSPITAL VISTA HERMOSA
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: jueves, 09 de enero de 2020 09:27 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	80812999
Nombres y Apellidos	ALEXANDER MUÑOZ PULIDO		
Fecha de nacimiento:	25/05/1985		

Neumococo	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Primera dosis	21/01/2019	Sarampión -Rubéola	0128W1300Z	HOSPITAL EL TUNAL
Td	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Toxoide Tetánico Diftérico	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
Triple viral	Primera dosis				
	Refuerzo				
	Primera dosis				
Varicela	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Refuerzo				
Varicela + Triple Viral	Única				
VPH Bivalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
VPH Tetravalente	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				

Nombre: Alexander Muñoz Pulido
Doc. de Identificación 80812 999
Inmunizante INFLUENZA

DOSIS	FECHA DE APLICACIÓN	FIRMA
1	21-06-2017	Laura S

RECIMIENTO Y DESARROLLO GRATUITO
ACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA

acer	**Fecha:**

IMER CONTROL MÉDICO

s de vida	**Fecha:**

IMIENTO POR ENFERMERÍA

ha de cita gramada	Fecha en que asistió	Profesional que atendió

n recibir suplementos con Hierro y Vitamina
le los 6 meses hasta los 5 años de edad, de
le la estrategia **AIEPI**.

echa	Edad	Fecha
	42 meses	
	48 meses	
	54 meses	
	60 meses	
	66 meses	

se debe realizar toma de TSH al momento
de hipotiroidismo.

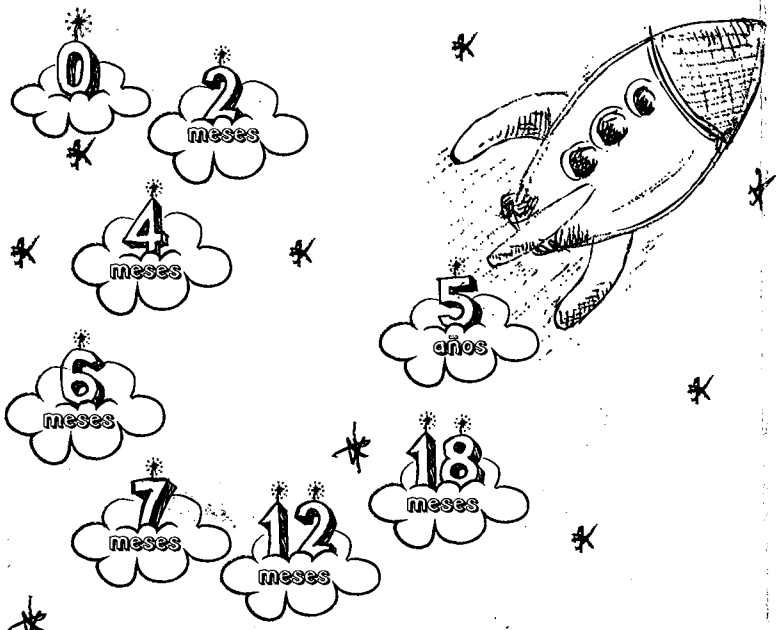
:	

Exíjalo

Vacunar oportunamente con todas las dosis a sus hijos, garantiza la protección frente a enfermedades como:

Poliomielitis, Difteria, Tétanos, Tosferina, Hepatitis, Enfermedad diarreica producida por rotavirus, Neumonías, Meningitis tuberculosa, Fiebre amarilla, Sarampión, Paperas, Meningitis por Haemophilus Influenza tipo B, Rubéola e Influenza.

Edad de aplicación de las vacunas a los niños y niñas menores de 6 años



- Cualquier día es bueno para vacunar a sus hijos.
- En Colombia todos los días son días de vacunación.
- **Es fácil, gratis y sobre todo muy importante.**

República de Colombia
Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Promoción y Prevención
Subdirección de Enfermedades Transmisibles
Programa Ampliado de Inmunizaciones

www.minsalud.gov.co
Atención al Ciudadano: 018000 95 25 25

AIEPI
Porque mi vida hoy que protegerla hoy

de cero a siempre
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: ALEXANDER MUÑOZ
Fecha de nacimiento: 25/05/85
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: _____
Sexo: M
Grupo sanguíneo: B+
Peso al nacer: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Responsable: _____
Municipio de residencia: BOGOTA DC
Departamento: Cundinamarca

Recuerda:

Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: _____ **Registro Civil:** _____

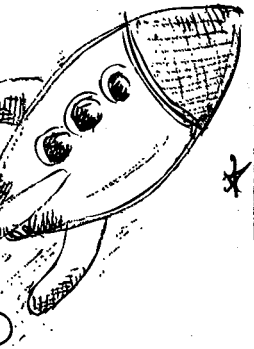
Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día Mes Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día Mes Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Tuberculosis B.C.G.	Única						
	Hepatitis B	Recién nacido						
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	1ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª						
	Rotavirus	1ª						
	Neumococo	1ª						
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐						
	Polio (Oral - IM)	2ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª						
	Rotavirus	2ª						
	Neumococo	2ª						
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.							
	Polio (Oral - IM)	3ª						
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª						
	Influenza	1ª						
7 Meses	Influenza	2ª						
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª						
	Fiebre Amarilla	1ª						
	Neumococo	Refuerzo						
	Influenza	Anual						
	Hepatitis A	ÚNICA						
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1r Refuerzo						
	Polio (Oral - IM)	1r Refuerzo						
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo						
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo						
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo						
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª						
	VPH	2ª						
	VPH	3ª						
Vacunas complementarias y otras dosis	AB	1ª 29 - 2ª 18 NOV 18	17 OCT. 2018	GLAXO	AHBVC664A7	compensar | salud IPS INMUNIZACIÓN		Camila Hernandez

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.

a sus hijos,
es como:
itis, Enfermedad
Meningitis
as, Meningitis
Influenza.

s vacunas
s de 6 años



us hijos.
vacunación.
portante.

cial
ón
isibles
nes

25

cero
empre
GRAL A LA PRIMERA INFANCIA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

Vacunas al día, se la ponemos fácil

CARNÉ DE VACUNACIÓN

Nombre: moños pulido alexander
Fecha de nacimiento: 25-05-85
Nº de certificado de nacido vivo: _____
Registro civil: 80812999
Sexo: M
Grupo sanguíneo: B+
Peso al nacer: _____
Dirección: _____
Teléfono: 3132001160
Responsable: _____
Municipio de residencia: _____
Departamento: _____

Recuerda:
Estas vacunas son gratuitas



PROSPERIDAD PARA TODOS

Nombre: _____ **Registro Civil:** _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación Día	Mes	Año	Laboratorio	Número de lote	IPS vacunadora	Fecha próxima cita Día	Mes	Año	Nombre del Vacunador
Recién Nacido	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐										
	Tuberculosis B.C.G.	Única										
	Hepatitis B	Recién nacido										
2 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐										
	Polio (Oral - IM)	1ª										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª										
	Rotavirus	1ª										
	Neumococo	1ª										
4 Meses	Lactancia materna exclusiva	Sí ☐ No ☐										
	Polio (Oral - IM)	2ª										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2ª										
	Rotavirus	2ª										
	Neumococo	2ª										
6 Meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva.											
	Polio (Oral - IM)	3ª										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus, Influenza Tipo B y Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	3ª										
	Influenza	1ª										
7 Meses	Influenza	2ª										
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ª										
	Fiebre Amarilla	1ª										
	Neumococo	Refuerzo										
	Influenza	Anual	20	11	19	Vaxigrip	73A93	exnamed				adriana rodriguez
	Hepatitis A	ÚNICA										
18 Meses	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	1ª Refuerzo										
	Polio (Oral - IM)	1ª Refuerzo										
5 Años	Polio (Oral - IM)	2º Refuerzo										
	Difteria - Tosferina - Tétano (DPT)	2º Refuerzo										
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo										
Niñas 9 Años o más	VPH	1ª										
	VPH	2ª										
	VPH	3ª										
Vacunas complementarias y otras dosis												

Estas vacunas son gratuitas

La leche materna es el mejor y único alimento que deben recibir los niños durante los primeros 6 meses de vida; a partir de esta edad y hasta que cumplan dos años se debe continuar la lactancia materna y complementar con otros alimentos nutritivos.