ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

Gracias por su interés.
Alguien se pondrá en contacto con usted en breve.

Enviar otra respuesta

Google no creó ni permitió este contenido. - Comunicarse con el propietario del formulario - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad

¿El formulario parece sospechoso? informe

Google ángeles



REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

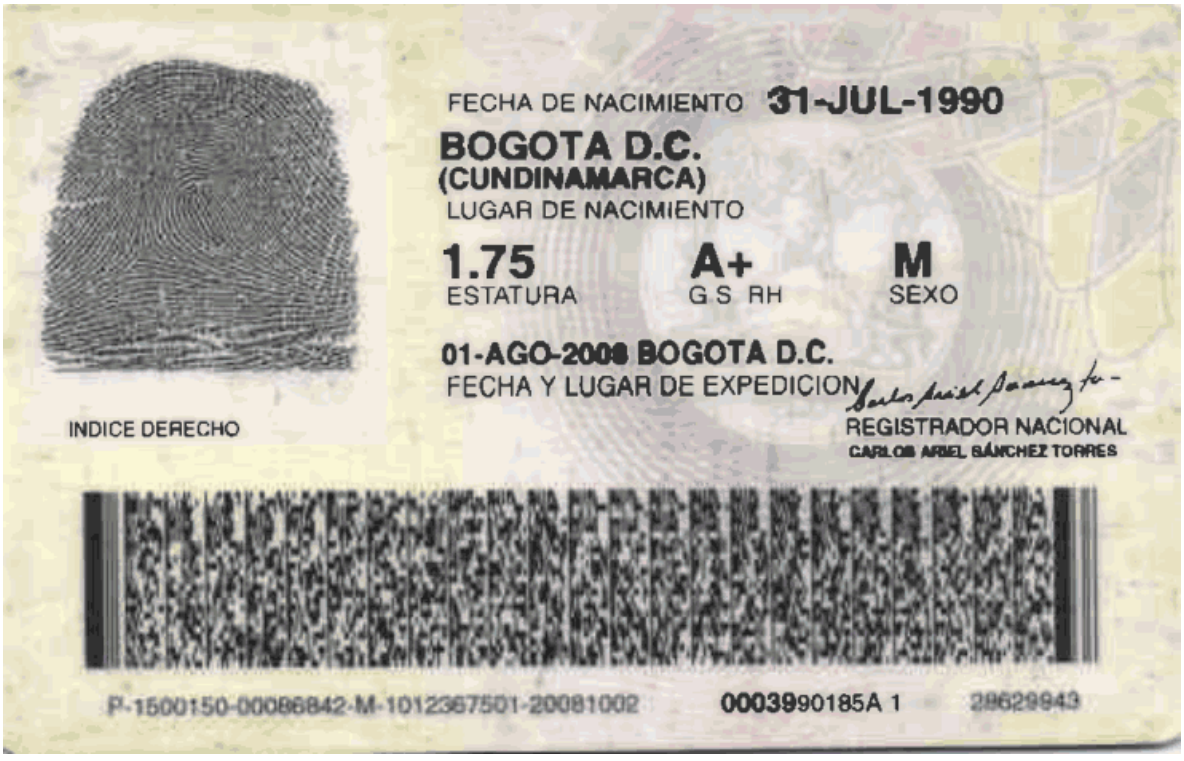
NUMERO 1.012.367.501

CALDERON ALFONSO

APELLIDOS

YESEE FABIAN

NOMBRES



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-JUL-1990

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

A+
G S RH

M
SEXO

01-AGO-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00086842-M-1012367501-20081002 0003990185A 1 28629943

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **19/11/2025**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor YESEE FABIAN CALDERON ALFONSO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1012367501**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO
Número [redacted]
Fecha de apertura **13/12/2013**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7

La República de Colombia
y en su nombre, el

Colegio Inmaculado Corazón de María

PROGRAMA DE EDUCACIÓN FORMAL DE ADULTOS

Autorizado por la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C., según
Resolución No. 2544 del 27 de julio de 2000,

Confiere a:

Yesee Fabian Calderón Alfonso

Identificado con C.C. No. 1.012.367.501 de Bogotá D.C.

El Título de

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de
Educación Media, según los planes y programas vigentes.

Lilia Montoya Martínez
Rectora

Clara Isabel Escobar Cobos
Secretaria

Registro Interno

Acta No. 07 Folio No. 025

Dado en Bogotá, D.C., a 28 de noviembre de 2008

Inscripción DANE : 311102009102
Inscripción SED No. 130

ACTA DE GRADO

COLEGIO INMACULADO CORAZON DE MARIA
Calle 65 Sur No. 80 I – 11 Bogotá D.C.
Teléfonos 7820467-7820873

En la ciudad de Bogotá D.C. a los Veintiocho(28) días del mes de Noviembre de 2008, se reunieron en la Rectoría del COLEGIO INMACULADO CORAZON DE MARIA, las suscritas Rectora y Secretaria para formalizar la graduación de los participantes del Programa de Educación Formal de Adultos, reconocido según resolución No. 2544 del 27 de Julio de 2000 y 7167 del 28 de Septiembre de 2001 expedida por la Secretaria de Educación de Bogotá D.C.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Programa de Educación Formal de Adultos en el nivel de Educación Media, se procedió a otorgar el *TITULO DE BACHILLER ACADEMICO*, a al graduando:

NOMBRE Y APELLIDOS : **YESEE FABIAN CALDERÓN ALFONSO**
Documento de Identidad : **C.C. Nº 1.012.367.501 de Bogotá D.C.**

Es fiel copia tomada del acta general original Nº 07 del 28 de Noviembre de 2008, que consta de Nueve (09) estudiantes, comienza con el nombre de MARÍA REINELDA BALLESTEROS y se cierra con el nombre de PAULA ANDREA TAVERA TRUJILLO

Firmada y sellada por LILIA MONTOYA MARTINEZ, Rectora y CLARA ISABEL ESCOBAR COBOS, Secretaria.

Se firma la presente acta de grado en Bogotá D.C. a los 28 días del mes de Abril de 2009

LILIA MONTOYA MARTINEZ
Rectora
C.C.Nº 41.414.191 de Bogotá

CLARA ISABEL ESCOBAR COBOS
Secretaria
C.C.Nº 39.630.342 Bosa

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) CALDERON ALFONSO YESEE FABIAN; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1012367501 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	3598 de 2020
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 20.453.736
FECHA DE INICIO	2020-02-01
FECHA DE TERMINACIÓN	2021-01-31
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	2021-01-31
PERFIL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1.Crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información, realizar verificación de derechos en las bases de datos (fosyga, dnp , comprobador de derechos y base de datos de capitación) identificando pagador correspondiente y realizar anotación en la hoja de seguimiento de autorizaciones en el campo asignado con firma y sello de forma adecuada y oportuna, 2. Asignar cama en el sistema de informacion de forma adecuada y oportuna, realizar censo diario dejando el sistema actualizado en la entrega de turno.3. Solicitar autorizaciones diarias a las diferentes EAPB , sin importar la existencia de contrato o NO la notificación es diaria por cada paciente consignando diariamente en la hoja de ruta institucional la gestión adelantada para cada uno de los pacientes a los que correspondió hacer la gestión de trámite de autorización dejando claramente identificados las dificultades o faltante para que se pueda en el turno siguiente continuar con el tramite pendiente, 4. Verificar y realizar de cargos diarios (De Terapia respiratoria, farmacia, laboratorio clínico, radiología, terapia física, patología, nutrición, clínica de heridas, banco de sangre, procedimientos de gastro, urología, radiología intervencionista, cardiología), realización de egresos con entrega de orden de salida al familiar del usuario para tramite de paz y salvo, generación de factura, Recaudo de dinero, elaboración de pagarés por concepto de generación de facturas y conceptos adicionales con entrega a tesorería.5. Entrega de facturas a diario de las facturas generadas dentro de las 48 horas anteriores a esta entrega, la actividad se deberá realizar de lunes a viernes entre las 7 y 17 horas, anulación de facturas con reemplazo dentro de las siguientes 24 horas a la anulación, 6. Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales,En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al día el 100% de las actividades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desempeño laboral, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar, y las demas que sean asignadas por el lider del area

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 10 días del mes de Diciembre de 2024.

FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIE
Director Operativo – Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

©App Subred Sur Colaboradores - 2024

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) CALDERON ALFONSO YESEE FABIAN ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1012367501 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	3627 de 2021
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 16.625.703
FECHA DE INICIO	2021-02-01
FECHA DE TERMINACIÓN	2021-10-15
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	-
PERFIL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO - FACTURADOR HOSPITALIZACION - URGENCIAS

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1.Crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información, atención humanizada tanto al personal interno como externo, realizar verificación de derechos en las bases de datos (fosyga, dnp , comprobador de derechos y base de datos de capitación) identificando pagador correspondiente y realizar anotación en la hoja de seguimiento de autorizaciones en el campo asignado con firma y sello de forma adecuada y oportuna, 2. Asignar cama en el sistema de información de forma adecuada y oportuna, realizar censo diario dejando el sistema actualizado en la entrega de turno.3. Solicitar autorizaciones diarias a las diferentes EAPB , sin importar la existencia de contrato o NO la notificación es diaria por cada paciente consignando diariamente en la hoja de ruta institucional la gestión adelantada para cada uno de los pacientes a los que correspondió hacer la gestión de trámite de autorización dejando claramente identificados las dificultades o faltante para que se pueda en el turno siguiente continuar con el tramite pendiente, 4. Verificar y realizar de cargos diarios (De Terapia respiratoria, farmacia, laboratorio clínico, radiología, terapia física, patología, nutrición, clínica de heridas, banco de sangre, procedimientos de gastro, urología, radiología intervencionista, cardiología), realización de egresos con entrega de orden de salida al familiar del usuario para tramite de paz y salvo, generación de factura, Recaudo de dinero, elaboración de pagarés por concepto de generación de facturas y conceptos adicionales con entrega a tesorería.5. Entrega de facturas a diario de las facturas generadas dentro de las 48 horas anteriores a esta entrega, la actividad se deberá realizar de lunes a viernes entre las 7 y 17 horas, anulación de facturas con reemplazo dentro de las siguientes 24 horas a la anulación, 6. En caso de terminación del contrato, las actividades asignadas las deberá dejar al día en un 100%, así como la entrega del inventario y/o utensilios entregados por la Subred para el cumplimiento de las actividades contractuales, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional. 7. Las demás que sean asignadas por el supervisor del contrato.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 10 días del mes de Diciembre de 2024.

FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIE
Director Operativo – Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

©App Subred Sur Colaboradores - 2024

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) CALDERON ALFONSO YESEE FABIAN ; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1012367501 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	8042 de 2021
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 4.375.185
FECHA DE INICIO	2021-11-17
FECHA DE TERMINACIÓN	2022-01-31
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	-
PERFIL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO FACTURADOR - AUTORIZADOR

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1. Generar en el sistema de información los informes cada hora que me permitan hacer la revisión de las órdenes emitidas por la parte asistencial contra la generación del anexo No. 3 y realizar el reporte a la EAPB según la normatividad y la contratación 2. Tramitar con la EPS los formatos correspondientes para las EAPB, realizar los anexos No. tres que no fueron generados por la parte asistencial y tramitar la autorización con la EAPB. y realizar tramite de autorizaciones de estancias según los censos efectuados para reporte a la EAPB. 3. Confirmar los traslados de camas en el sistema de información según reporte consultado en el sistema cada media hora y registrar en la hoja de ruta de autorizaciones todas las acciones realizadas y los códigos de autorización emitidos por la EAPB. 4. Propender para que todas las órdenes médicas y Anexos tres que se generen en el turno sean tramitados y realizar autorizaciones de los traslados efectuados primarios 5. Cumplir con todos los procesos y procedimientos estipulados para cumplir con las metas de central de la autorización 6. Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales, En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al día el 100% de las actividades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desempeño de la labor, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar, 7. Demás actividades asignadas por el Supervisor del contrato.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 10 días del mes de Diciembre de 2024.

FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIE
Director Operativo – Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

©App Subred Sur Colaboradores - 2024

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) CALDERON ALFONSO YESEE FABIAN; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1012367501 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	1758 de 2019
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 20.102.827
FECHA DE INICIO	2019-02-01
FECHA DE TERMINACIÓN	2020-01-31
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	-
PERFIL	AUXILIAR ADMINISTRATIVO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1. Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos, Verificación diaria de facturas generadas a la (s) EPS asignada (s), Realizar seguimiento diario a las facturas generadas en los diferentes servicios de la institución para a la (s) EPS asignada (s), Realizar recorrido por centrales de cuentas de facturación hospitalización a diario y/o de acuerdo a cronograma de transporte para recogida de facturas evento en las unidades, recogiendo las facturas que están listas, soportadas para revisión posterior radicación, 2.Revisión de las facturas entregadas y/o recogidas a los facturadores identificando cobro en estancia, medicamentos, procedimientos, insumos, tarifas acorde a lo establecido en la normatividad legal vigente y a la matriz de contratación de la institución, realizando formato de devolución dentro de las siguientes 48 horas posteriores al recibido para las facturas que requieren ajuste (falta de soporte, epicrisis, autorización o que requieren ser anuladas por sobrefacturación o subfacturación) indicando claramente el o los servicios IPS a corregir para que en el término de 24 horas se cuente con la factura reemplazo, seguimiento diario a cargos diarios en los servicios por parte del facturador de acuerdo a la(s) empresas asignadas, retroaliementando al facturador los hallazgos para ajuste, corrección o simplemente para que realice cargos diarios porque se evidencian no están al día. 3.Revisar los casos de demora en lectura por sistema de los soportes de laboratorios, imagenologia, patología, banco de sangre, consultas , radicados de medicamentos NO POS ante las EAPB, Soporte de códigos CUM , Soporte de factura compraventa material osteosíntesis para presentación de la factura ante cada EAPB, verificación la calidad de los soportes dando especial énfasis a informes quirúrgicos, epicrisis, hojas de tratamiento y si no cumplen informar al coordinador de facturación. 4.Devolución a diario de las facturas revisadas y que se encuentran dentro de las 48 horas posteriores a la recepción , haciendo firmar al facturador de la devolución con los ajustes específicos que debe realizar, identificación de facturas no generadas en hospitalización y urgencias, apoyando la notificación para generación de facturas de los cargos pendientes por facturar así como ordenes de salida sin factura, as cueles deben ser notificadas por el cada técnico con generación de las facturas dentro de las 12 horas siguientes a la notificación, apoyar procesos de contingencia del proceso financiero que involucran al área de facturación para empresas en liquidación con presentación de acreencias, reconstrucción de facturas ya presentadas que se requieren reconstruir para proceso de conciliaciones de cartera, apoyar el proceso de respuesta a devolución y/o glosa por razones inherentes al proceso de facturación, 5.Entrega de facturas revisadas a la central de radicación para posterior radicación, en las fechas estipuladas,6.Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales,En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al día el 100% de las actividades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desempeño laboral, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar, y las demas que sean asignadas por el lider del area.

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 10 días del mes de Diciembre de 2024.

©App Subred Sur Colaboradores - 2024

FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIE
Director Operativo – Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

©App Subred Sur Colaboradores - 2024

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) YESEE FABIAN CALDERON ALFONSO; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1012367501 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	3325 de 2022
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 22.926.540
FECHA DE INICIO	2022-02-01
FECHA DE TERMINACIÓN	2023-01-31
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	-
PERFIL	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos, crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información DGH o en su defecto realizar actualización constante de toda la información relevante a la identificación y georreferenciación de estos , realizar verificación de derechos en las bases de datos (ADRES, DNP, Comprobador de Derechos y Bases de Datos de acuerdo a la modalidad de contratación) identificando el pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna.
- Generar en el sistema de información los informes cada hora que me permitan hacer la Revisión de las ordenes emitidas por la parte asistencial contra la generación del anexo No. 2 Y 3 y realizar el reporte a la EAPB según la normatividad y la contratación, en los casos de facturación generar los reportes establecidos por la Subred que permitan disminuir los tiempos de egreso,
- Tramitar con la EPS todos los servicios que requieran autorización utilizando los formatos correspondientes para las autorizaciones ante las EAPB en cumplimiento de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual debe realizar los anexos No. 3 que no fueron generados por la parte asistencial y tramitar la autorización con la EAPB, registrando los trámites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma,
- Realizar creación de usuarios e ingresos en el sistema de información y adjuntar los soportes en dinámica Gerencial en la opción de requerimientos de todos los documentos correspondiente al trámite de autorización y papeles administrativos que permitan validar la trazabilidad realizada ante las EAPB,
- Registrar diariamente cargos diarios de servicios de acuerdo a la autorización y/ o orden médica (De Terapia respiratoria, farmacia, laboratorio clínico, radiología, terapia física, patología, nutrición, clínica de heridas, banco de sangre, procedimientos de gastro, urología, radiología intervencionista, cardiología etc.) y demás servicios que así se requieran y se encuentren debidamente realizados y soportados, notificando las inconsistencias tanto en el cargue como en seguridad social para lo cual se deberán notificar los usuarios particulares a trabajo social,
- Cerrar el ingreso al momento del Egreso de los pacientes de servicio de Urgencias y/ o Hospitalización cuando se dé el alta y generar la factura con todos los cargos de los servicios prestados previa auditoria de la factura, garantizando el diligenciamiento correcto de todos datos requeridos para los registros Individuales de atención (Rips), generando tan la orden de salida para el egreso del usuario y la generando de la factura teniendo en cuenta la normatividad y contratación vigente, al igual que generar el cobro de los copagos cuando así lo amerite realizando recibo de caja y/o pagare según el caso previo concepto de trabajo social, de ameritarlo se debe realizar al momento del egreso del usuario la asignación de citas prioritarias y/o apoyo en asignación de citas generales cuando sea requerido.
- Depurar y solucionar los ingresos de urgencias y hospitalización en un plazo no mayor a 72 horas desde el reporte de los mismos,
- Dar Respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y/ o definitivas que se generen por incumplimiento de las actividades asignadas en el contrato,
- Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales, En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al día el 100% de las actividades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desarrollo de las actividades, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar,

©App Subred Sur Colaboradores - 2024

- Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 10 días del mes de Diciembre de 2024.



FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIE
Director Operativo – Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) YESEE FABIAN CALDERON ALFONSO; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1012367501 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	2867 de 2023
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 25.995.060
FECHA DE INICIO	2023-02-01
FECHA DE TERMINACIÓN	2024-01-31
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	-
PERFIL	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos, crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institucion dejando registro en el sistema de informacion DGH o en su defecto realizar actualizacion constante de toda la informacion relevante a la identificacion y georreferenciacion de estos , realizar verificacion de derechos en las bases de datos (ADRES, DNP, Comprobador de Derechos y Bases de Datos de acuerdo a la modalidad de contratacion) identificando el pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna
- Generar en el sistema de informacion los informes cada hora que me permitan hacer la Revision de las ordenes emitidas por la parte asistencial contra la generacion del anexo No. 2 Y 3 y realizar el reporte a la EAPB segun la normatividad y la contratacion, en los casos de facturacion generar los reportes establecidos por la Subred que permitan disminuir los tiempos de egreso
- Tramitar con la EPS todos los servicios que requieran autorizacion utilizando los formatos correspondientes para las autorizaciones ante las EAPB en cumplimiento de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual debe realizar los anexos No. 3 que no fueron generados por la parte asistencial y tramitar la autorizacion con la EAPB, al igual que realizar los tramites de estancias de los censos de pacientes de la institucion registrando los tramites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma
- Adjuntar todos los soportes del tramite de autorizacion en dinamica Gerencial en la opcion de requerimientos de todos los documentos correspondiente al tramite de autorizacion y papeles administrativos que permitan validar la trazabilidad realizada ante las EAPB
- Registrar en la hoja de ruta de autorizaciones todas las acciones realizadas y los codigos de autorizacion emitidos por las EAPB y-o en su defecto la informacion generada por la entidad, adjuntar los soportes en Dinamica Gerencial de la trazabilidad realizada ante las EAPB
- Apoyar el proceso de respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y-o definitivas
- Apoyar el proceso de facturacion de urgencias y hospitalizacion de ser requerido desarrollando las actividades necesarias para propender por garantizar la atencion adecuada de los usuarios y la generacion de los recursos de la institucion
- Presentar aporte de parafiscales dentro de los dias 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales, En caso de retiro de las actividades asignadas debera dejar al dia el 100% de las actividades contratadas asi como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desarrollo de las actividades, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar
- Desarrollar las demas actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 10 días del mes de Diciembre de 2024.

©App Subred Sur Colaboradores - 2024

FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIE
Director Operativo – Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

©App Subred Sur Colaboradores - 2024

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.	
	CERTIFICACIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-22 V1

LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

CERTIFICA QUE:

Revisando el archivo de gestión documental se evidenció que la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., identificada con el Nit No. 900.958.564-9, suscribió con el(la) señor(a) YESEE FABIAN CALDERON ALFONSO; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1012367501 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

CONTRATO	3506 de 2024
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 25.398.555
FECHA DE INICIO	2024-02-01
FECHA DE TERMINACIÓN	2025-01-15
FECHA DE TERMINACIÓN ANTICIPADA	-
PERFIL	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

- 1. Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos, crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información DGH o en su defecto realizar actualización constante de toda la información relevante a la identificación y georreferenciación de estos, realizar verificación de derechos en las bases de datos (ADRES, DNP, Comprobador de Derechos y Bases de Datos de acuerdo a la modalidad de contratación) identificando el pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna.
- 2. Generar en el sistema de información los informes cada hora que me permitan hacer la Revisión de las ordenes emitidas por la parte asistencial contra la generación del anexo No. 2 Y 3 y realizar el reporte a la EAPB según la normatividad y la contratación, en los casos de facturación generar los reportes establecidos por la Subred que permitan disminuir los tiempos de egreso,
- 3. Tramitar con la EPS todos los servicios que requieran autorización utilizando los formatos correspondientes para las autorizaciones ante las EAPB en cumplimiento de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual debe realizar los anexos No. 3 que no fueron generados por la parte asistencial y tramitar la autorización con la EAPB, al igual que realizar los trámites de estancias de los censos de pacientes de la institución registrando los trámites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma
- 4. Adjuntar todos los soportes del trámite de autorización en dinámica Gerencial en la opción de requerimientos de todos los documentos correspondiente al trámite de autorización y papeles administrativos que permitan validar la trazabilidad realizada ante las EAPB,
- 5. Registrar en la hoja de ruta de autorizaciones todas las acciones realizadas y los códigos de autorización emitidos por las EAPB y/o en su defecto la información generada por la entidad, adjuntar los soportes en Dinámica Gerencial de la trazabilidad realizada ante las EAPB,
- 6. Apoyar el proceso de respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y/o definitivas,
- 7. Apoyar el proceso de facturación de urgencias y hospitalización de ser requerido desarrollando las actividades necesarias para propender por garantizar la atención adecuada de los usuarios y la generación de los recursos de la institución,
- 8. Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales, En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al día el 100% de las edades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desarrollo de las actividades, siendo esto pre- requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar,
- 9. Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato

De conformidad con lo pactado, no existió relación laboral entre el (la) contratista y la Subred Sur, dada la naturaleza del contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión,regulado por el estatuto General de Contratación de la Administración pública (Ley 80/1993 Art.32) y reglado en el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Esta constancia se expide a solicitud del interesado(a), a los 10 días del mes de Diciembre de 2024.

©App Subred Sur Colaboradores - 2024

FRANCISCO ANTONIO GARZON HINCAPIE
Director Operativo – Contratación
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

La presente certificación se expide con firma mecánica autorizada mediante resolución de gerencia de la Subred Integrada de servicios de Salud Sur E.S.E. No. 502 del 23 de abril de 2021

©App Subred Sur Colaboradores - 2024

REPÚBLICA DE COLOMBIA

FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase



NÚMERO 1012367501

APELLIDOS Y NOMBRES

CALDERON ALFONSO

YESEE FABIAN

PERTENECE AL EJÉRCITO DE:

1ª LINEA 31 - DIC	2ª LINEA 31 - DIC	3ª LINEA 31 - DIC
2020	2030	2040

PROFESIÓN EMPLEADO

FECHA DE EXP: 07-ABR-2010 CDTE. DE DISTRITO

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJERCITO NACIONAL

Instrucciones Especiales

1. Este es un documento público y es requisito presentarlo para los siguientes casos:
   - Celebrar contratos con cualquier entidad pública.
   - Ingresar a la carrera administrativa
   - Tomar posesión de cargos públicos.
   - Obtener grado de profesional en cualquier centro docente de educación superior

2. En caso de convocatoria de reservas, de llamamiento especial o de movilización, debe efectuar presentación inmediata en la unidad militar más cercana al lugar de su residencia para recibir instrucciones al respecto.

2792488

CONSULTA DE COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN
BANCO DE HOJAS DE VIDA BOGOTÁ D.C.

NÚMERO INSCRIPCIÓN: 571218 Descargar registro aquí

1. Datos personales

Primer nombre YESEE	**Otros nombres** FABIAN	**Primer apellido** CALDERON
Segundo apellido ALFONSO	**Fecha de Nacimiento** 31/07/1990	**Teléfono de contacto** [redacted]
Correo electrónico personal [redacted]	**Dirección de residencia** [redacted]	

2. Formación Académica

Lista de estudios

Nivel educativo	Título académico	Graduado	Semestres cursados
Educación media (hasta grado once aprobado)		Si	

Otros estudios

Nombre curso	Graduado	Horas
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	Si	150

Estimado (a) Ciudadano (a) este comprobante únicamente certifica el registro de su perfil laboral o profesional en el Banco de Hojas de Vida de Bogotá, D.C; como usuario (a) lo hace

responsable de la veracidad, actualización, consolidación, complementación y afirmaciones propias que reposan en su hoja de vida y por las consecuencias de incluir o colocar dicha información en el aplicativo. Este comprobante de registro no es garantía expresa ni implícita de otorgar un contrato con organismos o entidades distritales a quien haga uso de este repositorio.

Volver

Regresar

Copyright 2019
Departamento Administrativo del
Servicio Civil Distrital.
Todos los derechos reservados.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ

A-

A+

Bogotá D.C.,

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
Ciudad,

ASUNTO: **OFRECIMIENTO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS**

Cordial saludo,

Por medio de la presente me permito ofrecer mis servicios como **AUXILIARADMINISTRATIVO,** bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios, como persona natural, para satisfacer la necesidad requerida por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Informo que me encuentro registrado en las siguientes plataformas: TALENTO NO PALANCA[1], SIDEAP[2], SECOP II[3] y ReTHUS[4] (En el evento de ser requerido para personas que presten servicios de salud).

Atentamente,

FIRMA
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS Yesee Fabian Calderon Alfonso
NÚMERO DE CÉDULA 1012367501
DIRECCIÓN [redacted]
TELEFONO [redacted]
CORREO ELECTRÓNICO [redacted]

[1] Circular 051 de 2020, en cumplimiento de la Ley 201 de 2019 y conforme los compromisos de transparencia y lucha contra la corrupción planteados por la Administración Distrital.
[2] https://sideap.serviciocivil.gov.co
[3] Plataforma transaccional en la cual las Entidades Estatales pueden hacer todo el Proceso de Contratación en línea. Los Proveedores pueden conocen la demanda de las Entidades Estatales, obtienen información de los Procesos de Contratación, presentan ofertas y gestionan sus contratos; los organismos de control hacen la auditoría del Sistema de Compra; y la sociedad civil conoce la forma como las Entidades Estatales ejecutan el dinero de los contribuyentes para entregar bienes, obras y servicios a las personas.
[4] Es la inscripción, en el sistema de información definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, del talento humano en salud que cumple con los requisitos establecidos en la Ley 1164 de 2007, proceso con el cual se entiende que dicho personal se encuentra autorizado para el ejercicio de una profesión u ocupación del área de la salud.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORMACIÓN GENERAL CONTRATISTAS	CO-OPS-FT-28 V4

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE EN SU TOTALIDAD

TIPO DE DOCUMENTO CC X CE ___ PPT___

NÚMERO DE DOCUMENTO: 1012367501 FECHA DE NACIMIENTO: 31/07/1990

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: Yesee Fabian Calderon Alfonso

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: [redacted]

LOCALIDAD: Soacha

TELÉFONO FIJO: _____ N° CELULAR: [redacted]

CORREO ELECTRÓNICO: [redacted]

EPS: Sanitas FONDO DE PENSIONES Porvenir ARL Sura

USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE: SI_____NO X

ESTADO CIVIL: CASADO_____ SOLTERO_____UNIÓN MARITAL DE HECHO X

MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA: SI X NO _____

CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE _____ NA. X

CUANTOS HIJOS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD TIENE _____ NA. X

USTED PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD: SI _____NO X ¿CUÁL? _____

PERTENECE USTED A ALGUNA COMUNIDAD ÉTNICA: INDÍGENA ___ AFRODESCENDIENTE ___
OTRO ¿CUÁL? N/A

USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD: SI ____NO X
¿CUÁL ENTIDAD? N/A

USTED TIENE FAMILIARES TRABAJANDO ACTUALMENTE EN LA SUBRED SUR E.S.E.: SI __NO X
SI SU REPUESTA ES SI, ¿EN QUE AREA O DEPENDENCIA TRABAJA? N/A

SU FAMILIAR ES: PADRE___MADRE___HERMANO(A) __TIO(A) __PRIMO(A) __

OTRO, ¿CUÁL? _____

EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A: [redacted]

NUMERO DE CONTACTO: [redacted]

Yesee Fabian Calderon Alfonso
Nombres y Apellidos y Firma

2023-11-15

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CALDERON	ALFONSO	YESEE FABIAN

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1012367501	F ( ) M (X)	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 2792488 D.M 51

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 31 MES JUL AÑO 1990

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA [redacted]

PAIS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 9010576

EMAIL yeseecalderon@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ULTIMO 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 bachillera académico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES NOVIEMBRE AÑO 2008
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
HERRAMIENTAS AVANZADAS DE HOJA DE	SENA	2022	40
MANEJO BASICO DE LA HERRAMIENTA DE	SENA	2021	40
APRESTAMIENTO EN LA HERRAMIENTA DE	SENA	2020	20
FACTURACION Y CUENTAS MEDICAS	HUMANAR	2008	150

Firma electronica validador: null

FORMATO UNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 4[illegible] de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA , REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
inglés			X			X			X
francés		X				X			X

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*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3106788710	DIA 1 MES 2 AÑO 2019	DIA MES AÑO

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DAMINISTRATICO	FACTURACION	KR 36A #15A 34 CONJ POMELO TO 7 AP

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
hospital el tunal	X		Colombia

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

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7428585	DIA 13 MES 12 AÑO 2013	DIA 30 MES 6 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
auxiliaradministrativo	facturacion	cr 20 47b 35 sur

Firma electronica validador: null

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	0	0
Pública	11	4
Total	11	4

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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

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

Bogotá D.C. - null
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
null
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

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

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electronica validador: null

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 Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, YESEE FABIAN CALDERON ALFONSO

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1012367501 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección [redacted] **Teléfonos** [redacted]

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
[redacted]	[redacted]	Padre
[redacted]	[redacted]	Hijo(a)
[redacted]	[redacted]	Madre

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	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 25.272.975,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 25.272.975,00

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
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	004870411701	centro comercial ciudad tunal	$ 5.000,00

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
davivienda	tarjeta	$ 421.000,00
faravela	tarjeta	$ 1.800.000,00

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
[redacted]	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	[redacted]

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

Firma electrónica:
YESEE FABIAN CALDERON ALFONSO 25/07/2025 08:06:13

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 25-jul-2025

CIUDAD Y FECHA

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	YESEE FABIAN CALDERON ALFONSO
Identificación:	1012367501
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	[redacted]
Tipo declaración:	Para suscribir contrato de prestación de servicios
Fecha Declaración:	27/11/25

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento: Para suscribir contrato de prestación de servicios

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

Documento electrónico: 36d6006a497e5cf689dc6097c99b263db0a9412c0a0b4560395c085fc538815d

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA I.	1. Interés directo
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, tenga interés particular y directo en la regulación, gestión, control o decisión del asunto
NORMATIVIDAD	• C.P.C, art. 126. • Ley 1437 de 2011, art.11. • Ley 1952 de 2019, art. 44, 56 núm. 1 y 2, 71, 104 num.1. • Ley 1564 de 2012, art 141, num.1.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 36d6006a497e5cf689dc6097c99b263db0a9412c0a0b4560395c085fc538815d

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA I.	2. Conocimiento previo
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, haya conocido del asunto en oportunidad anterior
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, numeral 2. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 36d6006a497e5cf689dc6097c99b263db0a9412c0a0b4560395c085fc538815d

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA I.	3. Concepto o consejo fuera de la actuación
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, haya dado consejo o concepto por fuera de la actuación administrativa sobre las cuestiones materia de la misma, o haya intervenido en esta como apoderado(a), agente del Ministerio Público, perito(a) o testigo(a)
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art.11 núm. 11. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 4. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 12.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 36d6006a497e5cf689dc6097c99b263db0a9412c0a0b4560395c085fc538815d

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA I.	4. Que se haya proferido la decisión sujeta a revisión
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) haya proferido la decisión que está sujeta a su revisión
NORMATIVIDAD	• Ley 1952 de 2019, art. 140, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 36d6006a497e5cf689dc6097c99b263db0a9412c0a0b4560395c085fc538815d

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA II.	5. Relación con las partes
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, tenga relación con las partes interesadas en el asunto
NORMATIVIDAD	• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 3. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 36d6006a497e5cf689dc6097c99b263db0a9412c0a0b4560395c085fc538815d

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA III.	6. Heredero o legatario
DESCRIPCIÓN	Que él(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea heredero(a) o legatario(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, numeral 12. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 7. Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 13.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 36d6006a497e5cf689dc6097c99b263db0a9412c0a0b4560395c085fc538815d

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA IV.	7. Amistad o enemistad
DESCRIPCIÓN	Que exista enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado y alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa, su representante o apoderado(a)
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 8. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 5. • Ley 1564 de 2012, art. 141, numeral 9.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 36d6006a497e5cf689dc6097c99b263db0a9412c0a0b4560395c085fc538815d

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA V.	8. Curador o tutor del interesado
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea curador(a) o tutor(a) de la persona interesada en el asunto
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 3. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 4.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 36d6006a497e5cf689dc6097c99b263db0a9412c0a0b4560395c085fc538815d

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VI.	9. Organización, sociedad o asociación a la cual perteneció o continúa siendo miembro
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea socio(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa o su representante o apoderado(a) en sociedad de personas
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 10. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 11.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 36d6006a497e5cf689dc6097c99b263db0a9412c0a0b4560395c085fc538815d

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VII.	10. Litigio o controversia
DESCRIPCIÓN	Que exista litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales entre el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado y cualquiera de los interesados en la actuación, su representante o apoderado(a)
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 10. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 11.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 36d6006a497e5cf689dc6097c99b263db0a9412c0a0b4560395c085fc538815d

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VII.	11. Decisión administrativa pendiente
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado tenga decisión administrativa pendiente en que se controvierta la misma cuestión jurídica que debe resolver
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 13. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 14.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 36d6006a497e5cf689dc6097c99b263db0a9412c0a0b4560395c085fc538815d

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VIII.	12. Denuncia penal
DESCRIPCIÓN	Que alguno de los interesados en la actuación, su representante o apoderado(a) haya formulado queja disciplinaria contra el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado antes de iniciarse la actuación administrativa; o durante su trámite, siempre que la denuncia se refiera a hechos ajenos a la actuación y que el denunciado(a) se halle vinculado(a) a la investigación disciplinaria
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 6. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 8. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 7.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 36d6006a497e5cf689dc6097c99b263db0a9412c0a0b4560395c085fc538815d

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VIII.	13. Denuncia Penal
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya formulado denuncia penal contra una de las personas interesadas en la actuación administrativa o su representante o apoderado(a), antes de iniciarse la actuación administrativa; o durante su trámite, siempre que la denuncia se refiera a hechos ajenos a la actuación y que el denunciado(a) se halle vinculado(a) a la investigación penal, o estar aquellos legitimados para intervenir como parte civil en el respectivo proceso penal
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 7. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 8.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 36d6006a497e5cf689dc6097c99b263db0a9412c0a0b4560395c085fc538815d

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA IX.	14. Acreedor/ deudor
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea acreedor(a) o deudor(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa, su representante o apoderado(a), salvo cuando se trate de persona de derecho público, establecimiento de crédito o sociedad anónima
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 9. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 9. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 10.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 36d6006a497e5cf689dc6097c99b263db0a9412c0a0b4560395c085fc538815d

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA X.	15. Antiguo empleador
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, dentro del año anterior, haya tenido interés directo o haya actuado como representante, asesor(a), presidente(a), gerente(a), director(a), miembro(a) de Junta Directiva o socio(a) de gremio, sindicato, sociedad, asociación o grupo social o económico interesado(a) en el asunto objeto de definición
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 16.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 36d6006a497e5cf689dc6097c99b263db0a9412c0a0b4560395c085fc538815d

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XI.	16. Lista de candidatos
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular inscritas o integradas también por el interesado(a) en el período electoral coincidente con la actuación administrativa o en alguno de los dos períodos anteriores
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 14.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 36d6006a497e5cf689dc6097c99b263db0a9412c0a0b4560395c085fc538815d

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XII.	17. Recomendación
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya sido recomendado(a) por el interesado(a) en la actuación para llegar al cargo que ocupa o haya sido señalado por este como referencia con el mismo fin
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 15.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 36d6006a497e5cf689dc6097c99b263db0a9412c0a0b4560395c085fc538815d

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XIII.	18. Relación contractual o de negocios
DESCRIPCIÓN	Que alguno de los interesados(as) en la actuación administrativa sea representante, apoderado(a), dependiente, mandatario(a) o administrador(a) de los negocios del servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 4. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 5.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 36d6006a497e5cf689dc6097c99b263db0a9412c0a0b4560395c085fc538815d

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XIV.	19. Participación directa
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado hubiere participado en la expedición del acto enjuiciado, en la formación o celebración del contrato o en la ejecución del hecho u operación administrativa materia de la controversia
NORMATIVIDAD	• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 1 y 4.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 36d6006a497e5cf689dc6097c99b263db0a9412c0a0b4560395c085fc538815d

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XV.	20. Participación en proceso arbitral respecto de cuyo laudo se esté surtiendo recurso de anulación
DESCRIPCIÓN	Que el(la) juez(a) hubiere intervenido en condición de árbitro(a), de parte, de tercero interesado(a), de apoderado(a), de testigo(a), de perito(a) o de agente del Ministerio Público en el proceso arbitral respecto de cuyo laudo se esté surtiendo el correspondiente recurso de anulación ante la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo
NORMATIVIDAD	• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 36d6006a497e5cf689dc6097c99b263db0a9412c0a0b4560395c085fc538815d

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XVI.	21. Parientes en una de las entidades públicas que concurran al respectivo proceso
DESCRIPCIÓN	Que el cónyuge, compañero(a) permanente, o alguno de los parientes del juez(a) dentro de los grados de consanguinidad o afinidad establecidos en la normatividad tengan la condición de servidores(as) públicos(as) o contratistas en los niveles directivos, asesor(a) o ejecutivo(a) en una de las entidades públicas que concurran al respectivo proceso en calidad de parte o de tercero interesado
NORMATIVIDAD	• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 36d6006a497e5cf689dc6097c99b263db0a9412c0a0b4560395c085fc538815d

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XVII.	22. Dádivas
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado reciba o haya recibido dádivas, agasajos, regalos, favores o cualquier otra clase de beneficios incluyendo dinero
NORMATIVIDAD	• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: 36d6006a497e5cf689dc6097c99b263db0a9412c0a0b4560395c085fc538815d

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XVIII	23. Responsables de la Evaluación de Desempeño
DESCRIPCIÓN	Los responsables de evaluar el desempeño laboral de los empleados(as) de carrera o en período de prueba cuando se encuentren vinculados(as) con estos por matrimonio o por unión permanente o tengan parentesco dentro de los grados de consanguinidad o afinidad establecidos en la normatividad o exista enemistad grave con el empleado(a) a evaluar o cuando exista cualquier causal de impedimento o hecho que afecte su objetividad
NORMATIVIDAD	• Decreto Ley 760 de 2005, art. 38.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Advertencia:

Esta declaración se hizo bajo la gravedad de juramento, por lo tanto, se recibe bajo el principio de la buena fe de que trata el artículo 83 de la Constitución Política, entendiendo que quien la presentó es el usuario registrado en el sistema y se presume que corresponde a información veraz.

Firma electrónica:
YESEE FABIAN CALDERON ALFONSO 27/11/2025 22:42:11

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

NOMBRE: YESEE FABIAN CALDERON ALFONSO

CC: 1012367501

BOGOTÁ D.C.

Documento electrónico: 36d6006a497e5cf689dc6097c99b263db0a9412c0a0b4560395c085fc538815d

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

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

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO DE PERSONA NATURAL Y JURIDICA

2025-12-03

Radicado #: 27562

Aceptar

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL Y JURIDICA	DE-GRI-FT-08 V3

CONSIDERACIONES

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 y 5.1.4.de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización 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, Financiacion del Terrorismo y Financiación de Armas de Destrucción Masiva.

1. Que los datos personales solicitados en el presente Formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintendencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos tambien serán tratados para fines comerciales, razón 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 900958564-9, ubicada en la Carrera 24 C No 54-47 Sur Bogotá D.C., telefono 7300000 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de 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 la 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 Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios.
   b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y selección 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 gestión 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) Realización 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 INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a continuación:
   a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.
   b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, 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 adelante gestión para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros.
   e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevensión 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 elaboración de estudios técnicos y estadísticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN 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 hagan 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 Titulo I de la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacional de Salud, exigen las mismas.
6. DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.
7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: 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 INFORMACIÓN: 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 24 C No 54-47 Sur Bogotá D.C., telefono 7300000, y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCIÓN,CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).
9. AUTORIZACIÓN: De manera expresa, AUTORIZO el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y de ser necesario, la transferencia nacional e internacional de los mismos, por las personas, para las finalidades y en los términos que nos fueron informados en el presente documento.

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

(●) Acepto ( ) No acepto

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

FECHA	1/01/2026	DEPARTAMENTO	BOGOTÁ_D.C.	CIUDAD	BOGOTÁ_D.C.
P		CONTRATISTA OPS	CUAL?	N/A	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	CALDER	PRIMER NOMBRE	YESEE
SEGUNDO APELLIDO:	ALFONSO	SEGUNDO NOMBRE	FABIAN
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	No IDENTIFICACIÓN	1012367501
LUGAR DE EXPEDICION	BOGOTA	FECHA DE EXPEDICION	1/08/2008
FECHA DE NACIMIENTO	31/07/1990	PAIS DE NACIMIENTO	COLOMBIA
NACIONALIDAD 1	COLOMBIANA	NACIONALIDAD 2	N/A
ES RESIDENTE EN COLOMBIA	SI		
DIRECCION RESIDENCIA	KR 36 A15 A 34	PAIS DE RESIDENCIA	COLOMBIA
TIPO DE VIVIENDA	ARRENDADA	TELEFONO CELULAR 1	[redacted]
TELÉFONO FIJO	N/A		
CORREO ELECTRÓNICO	[redacted]	ESTADO CIVIL	CASADO (A)
NIVEL DE ESTUDIOS	BACHILLER	OTRO - CUAL?	N/A
PROFESIÓN / OFICIO	ENFERMERO		

2. DATOS DEL CONYUGE O COMPAÑERO

PRIMER APELLIDO	[redacted]	PRIMER NOMBRE	[redacted]
SEGUNDO APELLIDO:	[redacted]	SEGUNDO NOMBRE	[redacted]
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	No IDENTIFICACIÓN	[redacted]
LUGAR DE EXPEDICION	BOGOTA	PAIS DE RESIDENCIA	COLOMBIA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL Y JURIDICA	DE-GRI-FT-08 V3

3. PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL	NIT	CORREO ELECTRÓNICO
N/A	N/A	N/A

TIPO DE SOCIEDAD:	N/A								
TIPO DE EMPRESA:	PRIVADA	N/A	PUBLICA	N/A	MIXTA	N/A	SIN ANIMO DE LUCRO	N/A	
ACTIVIDAD ECONOMICA	N/A	SI SELECCIONO OTRO - INDICAR CUAL	N/A						
CODIGO CIIU (PRINCIPAL)	N/A	SE [illegible]ONAR CODIGO							
CODIGO CIIU (SECUNDARIO)	N/A	SE [illegible]ONAR CODIGO							
DECLARA RENTA	NO APLICA	ES RESPONSABLE DE IV[illegible]	NO APLICA	ESTA OBLIGADO A FACTURAR	NO				
NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA	N/A	NIT	N/A						
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	N/A	SI SELECCIÓN OTRO - INDIQUE CUAL	N/A	TELÉFONO	N/A				
DIRECCIÓN	N/A	PAIS	N/A						
DEPARTAMENTO - ESTADO	N/A	CIUDAD O MUNICIPIO	N/A						
CARGO O PERFIL ACTUAL	N/A								

4. REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO								Nº IDENTIFICACIÓN
N/A	N/A	N/A	N/A	CC	N/A	CE	N/A	PEP	N/A	PN	N/A	N/A

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CIUDAD
N/A	N/A	N/A	N/A

MARQUE CON UNA (X), SEGÚN CORRESPONDA, POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN

¿Administra recursos públicos?	NO APLICA	¿Ejerce algún g[illegible]e poder público?	NO APLICA	¿Tiene reconocimiento público?	NO
¿Es usted un servidor público?	NO APLICA	¿Es usted una Persona Públicamente Expuesta?	NO APLICA	¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	NO APLICA

¿Tienen vínculo con una persona expuesta publicamente (PEP)? Reportar vinculos con: Primer y segundo grado de consaguinidad: padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos. Primer grado de afinidad: cónyuge, suegros, yernos o nueras y/o primer grado civil: hijos adoptivos o padres adoptantes. — NO APLICA

En caso afirmativo diligencie los siguientes datos:

Vinculo o relación	Tipo de documento	Numero de documento	Nombre Completo
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A		N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

FECHA DE CORTE	31/12/2024	TOTAL ACTIVOS	$ -	TOTAL PASIVOS	$ 2.221.000,00	TOTAL PATRIMONIO	$ -
INGRESOS MENSUALES	$ 2.201.000,00	OTROS INGRESOS MENSUALES	N/A	TOTAL INGRESOS MENSUALES	$ 2.201.000,00	TOTAL EGRESOS MENSUALES	$ 2.221.000,00
CONCEPTO OTROS INGRESOS	N/A						

REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:	NO	CUAL	N/A
POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR	NO	En caso afirmativo diligenciar los siguientes datos	

PRODUCTO	NUMERO PRODUCTO	E[illegible]AD	MONEDA	ENTIDAD	CIUDAD	PAIS
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

6. DECLARACIÓN DEL ORIGEN DE LOS DINEROS Y/O FONDOS

Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y 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":

Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla anualmente. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.
3. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a la Financiación del Terrorismo.
4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico o corrupción.
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio).

ACTIVIDADES COMO Apoyo Administrativo y Logistico - Facturador

7. 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

Firma

Huella Indice Derecho

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL Y JURIDICA	DE-GRI-FT-08 V3

CONSIDERACIONES

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 y 5.1.4.de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realización 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, Financiacion del Terrorismo y Financiación de Armas de Destrucción Masiva.

1. Que los datos personales solicitados en el presente Formulario de Conocimiento del Cliente son regidos cumpliendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la 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 utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.

3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.

4. Que los datos tambien serán tratados para fines comerciales, razón 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, Nit 900958564-9, ubicada en la Carrera 24 C No 54-47 Sur Bogotá D.C., telefono 7300000 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

Declaro expresamente:

A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestación de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de 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 la 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 Público, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios.
b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y selección 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 gestión 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) Realización de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.
k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables.
l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia.
m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. EL TRATAMIENTO PODRÁ SER REALIZADO DIRECTAMENTE POR CITADA ENTIDAD O POR LOS ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO QUE ELLA CONSIDERE NECESARIOS.

3. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a continuación:

a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.
b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia medica, abogados internos y externos, entre otros.
c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminación o 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 adelante negociación para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros.
e) A la UIAF, Fasecolda, y a cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevensión 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 elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACIÓN 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 Nacional de Salud, exigen las mismas.

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

7. DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: 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 INFORMACIÓN: 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 24 C No 54-47 Sur Bogotá D.C., telefono 7300000, y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude. (INDICAR DIRECCIÓN,CIUDAD, TELÉFONO Y CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO).

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

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

(●) Acepto	( ) No acepto

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

FECHA	1/01/2026	DEPARTAMENTO	BOGOTÁ_D.C.	CIUDAD	BOGOTÁ_D.C.
P		CONTRATISTA OPS	CUAL?	N/A	

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO	CALDERON	PRIMER NOMBRE	YESEE
SEGUNDO APELLIDO:	ALFON	SEGUNDO NOMBRE	FABIAN
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	No IDENTIFICACIÓN	1012367501
LUGAR DE EXPEDICION	BOGOT	FECHA DE EXPEDICION	1/08/2008
FECHA DE NACIMIENTO	31/07	PAIS DE NACIMIENTO	COLOMBIA

NACIONALIDAD 1	COLOMBIANA	NALIDAD 2	N/A	ES RESIDENTE EN COLOMBIA	SI
DIRECCION RESIDENCIA	[redacted]		PAIS DE RESIDENCIA	COLOMBIA	
TIPO DE VIVIENDA	ARRENDADA	TELEFONO AR 1	3106788710	TELÉFONO FIJO	N/A
CORREO ELECTRÓNICO	[redacted]			ESTADO CIVIL	CASADO (A)
NIVEL DE ESTUDIOS	BACHILLER	OTRO - CUAL	N/A	PROFESIÓN / OFICIO	ENFERMERO

2. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO

PRIMER APELLIDO	[redacted]	PRIMER NOMBRE	[redacted]
SEGUNDO APELLIDO:	[redacted]	SEGUNDO NOMBRE	[redacted]
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	No IDENTIFICACIÓN	[redacted]
LUGAR DE EXPEDICION	BOGOTA	PAIS DE RESIDENCIA	COLOMBIA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	FORMULARIO CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL Y JURIDICA	DE-GRI-FT-08 V3

1. PERSONA JURÍDICA

RAZÓN SOCIAL	NIT	CORREO ELECTRÓNICO
N/A	N/A	N/A

TIPO DE SOCIEDAD:	N/A								
TIPO DE EMPRESA:	PRIVADA	N/A	PUBLICA	N/A	MIXTA	N/A	SIN ANIMO DE LUCRO	N/A	
ACTIVIDAD ECONOMICA	N/A	SI SELECCIONO OTRO - INDICAR CUAL	N/A						
CODIGO CIIU (PRINCIPAL)	N/A	SELECCIONAR CODIGO							
CODIGO CIIU (SECUNDARIO)	N/A	SELECCIONAR CODIGO							
DECLARA RENTA	NO APLICA	ES RESPONSABLE DE IVA	NO APLICA	ESTA OBLIGADO A FACTURAR	NO				
NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DÓNDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONÓMICA	N/A	NIT	N/A						
ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA	N/A	SI SELECCIÓN OTRO - INDIQUE CUAL	N/A	TELÉFONO	N/A				
DIRECCIÓN	N/A	PAIS	N/A						
DEPARTAMENTO - ESTADO	N/A	CIUDAD O MUNICIPIO	N/A						
CARGO O PERFIL ACTUAL	N/A								

2. REPRESENTANTE LEGAL

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TIPO DOCUMENTO								Nº IDENTIFICACIÓN
N/A	N/A	N/A	N/A	CC	N/A	CE	N/A	PEP	N/A	PN	N/A	N/A

LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CIUDAD
N/A	N/A	N/A	N/A

MARQUE CON UNA (X), SI RESPONDA, POR SU PERFIL, CARGO O PROFESIÓN

¿Administra recursos públicos?	NO APLICA	¿Ejerce algún grado de poder público?	NO APLICA	¿Tiene reconocimiento público?	NO
¿Es usted un servidor público?	NO APLICA	¿Es usted una Persona Públicamente Expuesta?	NO APLICA	¿Es usted sujeto de obligaciones tributarias en otro país o grupo de países?	NO APLICA

¿Tienen vinculo con una persona expuesta publicamente (PEP)? Reportar vinculos con: Primer y segundo grado de consaguinidad: padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos. Primer grado de afinidad: cónyuge, suegros, yernos o nueras y/o primer grado civil: hijos adoptivos o padres adoptantes. **NO APLICA**

En caso afirmativo diligencie los siguientes datos:

Vinculo o relación	Tipo de documento	Numero de documento	Nombre Completo
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A		N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A

5. INFORMACIÓN FINANCIERA

FECHA DE CORTE	31/12/2025	TOTAL ACTIVOS	$ -	TOTAL PASIVOS	$ 2.221.000,00	TOTAL PATRIMONIO	$ -		
INGRESOS MENSUALES	$ 2.201.000,00	OTROS INGRESOS MENSUALES	N/A	TOTAL INGRESOS MENSUALES	$ 2.201.000,00	TOTAL EGRESOS MENSUALES	$ 2.221.000,00		
CONCEPTO OTROS INGRESOS	N/A								
REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA:	NO	CUAL	N/A						
POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR	NO	En caso afirmativo diligenciar los siguientes datos							

PRODUCTO	NUMERO PRODUCTO	ENTIDAD	MONEDA	ENTIDAD	CIUDAD	PAIS
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

6. DECLARACIÓN ORIGEN DE LOS DINEROS Y/O FONDOS

Obrando en nombre propio, de manera voluntaria y 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":

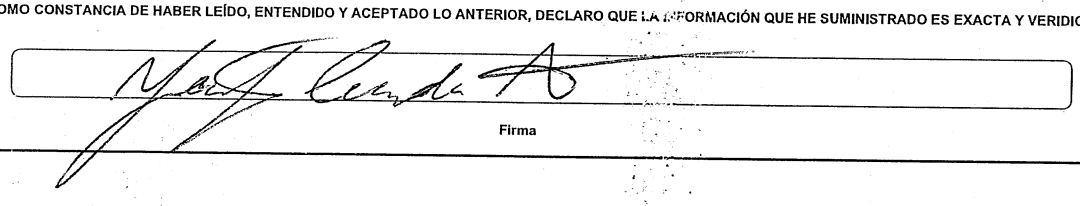
Declaro expresamente que:

1. Mi actividad, profesión u oficio de la persona Natural o Jurídica es lícita, se ejerce dentro del marco legal y los recursos que poseo no provienen de actividades ilícitas de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
2. La información suministrada en este documento es veraz y verificable y me comprometo a actualizarla oportunamente. El incumplimiento de esta obligación faculta a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para revocar y/o rescindir unilateralmente el contrato.
3. Los recursos que se deriven de esta relación contractual no se destinarán a la Financiación del Terrorismo.
4. Manifiesto que no he sido declarado responsable judicialmente por la comisión de delitos contra la Administración Pública cuya pena sea privativa de la libertad o que afecten el patrimonio del Estado o por delitos relacionados con la pertenencia, promoción o financiación de grupos ilegales, delitos de lesa humanidad, narcotráfico o corrupción.
5. Los recursos que poseo provienen de las siguientes fuentes (detalle ocupación, oficio, actividad o negocio).

ACTIVIDADES COMO Apoyo Administrativo y Logistico - Facturador

7. 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



Firma



Huella Índice Derecho

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14973727695

(415)7707212489984(8020) 000001497372769 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 2 3 6 7 5 0 1	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 2 3 6 7 5 0 1	

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
CALDERON	ALFONSO	YESEE	FABIAN

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 [redacted]

42. Correo electrónico [redacted]

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 6 7 8 8 7 1 0	3 2 0 2 2 5 2 0 3 3

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 2 9 9	2 0 0 9 0 2 1 2	6 6 1 2	2 0 1 8 0 5 0 1		4 2 1 1	0

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	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Usuarios 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

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CALDERON ALFONSO YESEE FABIAN

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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:19/11/2025

CONTRIBUYENTE	C.C. 1012367501	YESEE FABIAN CALDERON ALFONSO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: [redacted] Teléfonos: [redacted]

Dirección electrónica: [redacted] Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

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

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: COMUN Fecha desde: 12/02/2009

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 12/02/2009 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 8299 - Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Actividad 2: 6612 - Corretaje de valores y de contratos de productos básicos

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

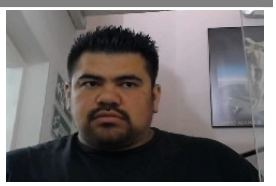
REPRESENTANTES ACTIVOS

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



EXÁMENES PARA:
SALUD OCUPACIONAL
LABORATORIO CLÍNICO
LICENCIA DE CONDUCCIÓN

CRC PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR SAS
NIT: 900708180-2

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 1012367501-62168

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	18/01/2024 - BOGOTA D.C	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	YESEE FABIAN CALDERON ALFONSO	**Identificación:**	1012367501
Género	MASCULINO **Edad:** 33	**Teléfono**	0 **Móvil:** [redacted]
Fecha Nacimiento:	31/07/1990	**Cargo:**	AUXILIAR ADMINISTRATIVA(O)
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	**EPS:**	SANITAS S.A.
Dirección	[redacted]	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	BACHILLERATO	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	PARTICULAR		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

VISIOMETRÍA	PAUTAS DE HIGIENE VISUAL / VALORACION OPPTOMETRIA POR EPS / USO RX OPTICA PERMANENTE / USO FILTRO U.V / INGRESAR SVE / CONTROL INMEDIATO.
MEDICINA OCUPACIONAL	ENFASIS CARDIOVASCULAR: ADECUADO FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA, CON EVIDENCIA DE ALTERACIONES. REQUIERE CONTROL Y SEGUIMIENTO. ENFASIS SISTEMA NERVISO CENTRAL: ADECUADO FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA, SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES. ENFASIS MUSCULO-ESQUELETICO: ADECUADO FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA, SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES. ENFASIS DERMATOLÓGICO: ADECUADO FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA, SIN EVIDENCIA DE ALTERACIONES DE PIEL FANERAS. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. DIETA BAJA EN SODIO. EJERCICIO DURANTE 20 MINUTOS, 3 VECES EN LA SEMANA. EVITAR CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, TABACO, CAFÉ Y ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO. DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS. VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA, NUTRICIÓN EN EPS.

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

CON RECOMENDACIÓNES PARA EL CARGO.

Observaciones: ESTE EXAMEN SE REALIZA EN CONDICIONES DE REPOSO. NO SE EVIDENCIA LIMITACIÓN O RIESGO PARA QUE EL TRABAJADOR REALICE MOVIMIENTOS REPETITIVOS PROLONGADOS. EVALUACION CON ENFASIS EN ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES.
PACIENTE NIEGA SINTOMAS RELACIONADOS CON INFECCION POR COVID 19 Y NIEGA CUALQUIER RIESGO DE NOCION DE CONTAGIO RELACIONADA.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

VISUAL	-USO RX OPTICA PERMANENTE	PPyP
CARDIOVASCULAR	1. REDUCIR CONSUMO DE SODIO (SAL). 2. EVITAR CONSUMO DE ALCOHOL	PPyP
NUTRICIÓN	-1. LIMITAR CONSUMO DE GRASAS. 2. COMER MUCHA FIBRA SOLUBLE. 3. CONSUMIR FRUTAS Y VERDURAS. 4. REALIZAR EJERCICIO	PPyP

Información de Remisiones

NUTRICION	SOLICITAR A SU ENTIDAD DE SALUD, EVALUACIÓN Y PLAN DE MANEJO DE ALTERACIÓN DEL PESO.

En la fecha, yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anteriormente expresado, SI autorizo a la IPS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a la IPS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Firmo para constancia.

Dr. Alexei Rodríguez Bernal
Médico Especialista SST
RM. 1024455
Lic. SO. 346 12/01/2023

ALEXEI RODRIGUEZ BERNAL 346 12/01/2023 1024455

Médico Especialista en Salud Laboral

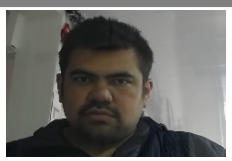
YESEE FABIAN CALDERON ALFONSO 1012367501

Firma y cédula del Paciente

EXAMEN VISIOMETRÍA

PROFESIONALES DE LA SALUD VILLA MAYOR

EXÁMENES PARA:
SALUD OCUPACIONAL
LABORATORIO CLÍNICO
LICENCIA DE CONDUCCIÓN



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar: 25/11/2025 BOGOTA D.C
Paciente: YESEE FABIAN CALDERON ALFONSO
Género MASCULINO **Edad:** 35
Fecha Nacimiento: 31/07/1990
Estado Civil: UNIÓN LIBRE
Dirección [redacted]
Empresa PARTICULAR

Tipo de Examen: INGRESO
Identificación: 1012367501
Teléfono 0 **Móvil:** [redacted]
Cargo: AUXILIAR ADMINISTRATIVA(O)
EPS: SANITAS S.A.
Escolaridad: BACHILLERATO

INFORMACIÓN OCUPACIONAL ACTUAL

Equipos que maneja:
Materias Primas e insumos:
Elementos de Protección Personal:
Último Examen: ABRIL 2024
Protección Ocular: N Usa Correción: N Gafas: N Lentes de Contacto:

ANTECEDENTES PERSONALES

Nombre	Concepto	Notas
1. GOLPES O QUEMADURAS	N	
2. SOLDADURA	N	
3. ACIDOS	N	
4. POLVORA	N	
5. ESQUIRLAS	N	
6. POLVO	N	
7. OTROS	N	

SINTOMATOLOGÍA

N Ardor	N Dolor	N Cefalea	N Cansancio	N Lagrimeo	N Fotobia
N Secreciones	S Mala Visión de Lejos	S Mala visión de cerca	N Cansancio al leer	N Salto de Renglón	N Confusión de letras
N Prurito					

Notas: CIRUGIA REFRACTIVA 2020

EXAMEN EXTERNO

N **Hiperemia** N **Pterigio OD** N **Pterigio OI** N **Blefaritis** N **Leucoma OD** N **Leucoma OI**

N **Ptosis OD** N **Ptosis OI** N **Pinguecula OD** N **Pinguecula OI** N **Estrabismo**

Motilidad PPC: EXOFOBIA
Campo Visual OD: NORMAL
Refracción OD: No Aplica
Visión Color NORMAL

CT 20 cm NORMAL
Campo Visual OI NORMAL
Refracción OI No Aplica

CT 40 cm NORMAL
Estereopsis 40%
Subjetivo OD No Aplica

Oftalmoscopía OD No Aplica
Queratometría OD No Aplica
Subjetivo OI No Aplica

Oftalmoscopía OI No Aplica
Queratometría OI No Aplica
Arco Senil

Respuesta Pupilar:

Notas:

AGUDEZA VISUAL

Sin RX

	Visión Lejana	Visión Próxima
Ojo Derecho	20/40	20/25
Ojo Izquierdo	20/25	20/30

Con RX

	Visión Lejana	Visión Próxima	Rx en Uso
Ojo Derecho	20/	20/	20/
Ojo Izquierdo	20/	20/	20/

CONCEPTO

DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL Y FUNCION BINOCULAR DENTRO DE PARAMETROS NORMALES

DIAGNOSTICO

AMETROPIA SIN CORRECCION (ASTIGMATISMO)

CIE 10: Z010 / EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

RECOMENDACIONES

PAUTAS DE HIGIENE VISUAL / VALORACION OPTOMETRIA EPS / USO RX OPTICA VISION PROXIMA / USO EPP VISUAL / USO FILTOR U.V / INGRESAR SVE

INFORMACIÓN DE REMISIÓN - SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDERMOLÓGICA

Ingresa al sistema de vigilancia: N

Remitido: N OPTOMETRÍA



Dr. Edgar Fabian Barriga Cordoba
OPTOMETRA
ESPECIALISTA EN SST
CINCO 956 LSST 8951



EDGAR FABIAN BARRIGA CORDOBA 79563576
Profesional

YESEE FABIAN CALDERON ALFONSO 1012367501
Firma y cédula del Paciente

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado internacional de vacunación o profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres: Yesee Fabian

Apellidos: Calderón Alfonso

Documento de identidad: C.C. X C.E. P.A. C.D. S.C. P.E. P.P.T. D.E.

Número de documento: 1 0 1 2 3 6 7 5 0 1

Fecha de nacimiento: Día 3 1 Mes 0 7 Año 1 9 9 0

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
Sarampión - Rubéola	Única			
Fiebre Amarilla	Única	20/11/25	Y3008	USS TUNAL ADRIANA PEREZ
Toxoide Tetánico - Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
TdaP acelular	1			
	2			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	10-Dic-24	V50524004	USS Tunal Adriana Perez
	Anual	20/11/25	V50525004	USSTUNAL ADRIANA PEREZ
Covid 19	1ª			
	2ª			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Yesee Fabian Calderon Alfonso, identificado(a) con CC número 1012367501, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1012367501
NOMBRES Y APELLIDOS	Yesee Fabian Calderon Alfonso
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	31/07/1990
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/12/2023
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/12/2023
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1012367501 YESEE FABIAN CALDERON ALFONSO Desde 01/12/2023 - Vigente

Generado por interfaces 19/11/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

Medellín, 19 de noviembre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que YESEE FABIAN CALDERON ALFONSO identificado(a) con C1012367501 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

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:C10123675012532345151

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YESEE FABIAN CALDERON ALFONSO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.012.367.501**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

- Mis datos de usuario
- Noticias SECOP
- Mis registros
- Accesos del usuario
- Términos y condiciones de uso

Editar

Información del usuario



Cargo	
Título	
Nombre	
Apellidos	
Fecha de Nacimiento	
Nivel Educativo	
Género	
¿Tiene alguna discapacidad?	○ Si ○ No
Nombre y apellido	YESEE FABIÁN CALDERÓN
Tipo de documento	
Número de documento	
Dirección	
Código postal	
Estrato	
Ubicación	
País	COLOMBIA
Correo electrónico	[redacted]
Teléfono	
Celular	[redacted]

Configuración

Zona	(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito
Idioma	Español (Colombia)
la regional	Español (Colombia)

Seguridad de la información

Pregunta de seguridad	¿Cuál es tu apodo?
Respuesta	Kuroryu
SMS para recuperar la contraseña	[redacted]

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

YESEE FABIAN CALDERON ALFONSO

C.C 1.012.367.501

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 27 de noviembre 2025

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 761025054000

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.	
	DECLARACION JURAMENTADA PROCESO PRECONTRACTUAL PERSONA NATURAL	CO-OPS-FT-33 V3

Yo, YESEE FABIAN CALDERON ALFONSO identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 1012367501 expedida en la ciudad de BOGOTA, manifiesto bajo la gravedad de juramento, que:

1. ACTUALMENTE SI ( ) NO (X) tengo suscrito contratos de prestación de servicios con otras entidades estatales; por tanto se relaciona a continuación los contratos de prestación de servicios **VIGENTES Y EN EJECUCIÓN:**

NOMBRE DE LA ENTIDAD ESTATAL	No. de CONTRATO (VIGENTE Y EN EJECUCIÓN)	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION

2. Así mismo declaro que los documentos aportados para la contratación de mis servicios son verídicos y se encuentran actualizados según las normas vigentes y los lineamientos institucionales impartidos.
3. También tengo conocimiento pleno y me obligo durante la vigencia del contrato que celebre con la **Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.** a actualizar y mantener vigentes los cursos y documentos requeridos.

La presente declaración juramentada se rinde sin perjuicio de lo establecido en los artículos 286 y siguientes del Código Penal Colombiano. Manifiesto, que todo lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto firmo, este documento. Este, se diligencia y firma bajo gravedad de juramento a los UN (1) días del mes de ENERO del año 2026.

FIRMA _____

NOMBRES COMPLETOS Yesee Fabian Calderon

C.C. No. 1012367501

TELEFONO 3106788710

DIRECCIÓN KR 36 A 15 A 34

CORREO yeseecalderon@gmail.com

HUELLA

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 23/11/2025 10:47:43 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1012367501** y Nombre: **YESEE FABIAN CALDERON ALFONSO.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **127176632** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda Imprimir



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 domingo 23 de noviembre de 2025, a las 09:26:42, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1012367501
Código de Verificación	101236750125112309264 2

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.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

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) **YESEE FABIAN CALDERON ALFONSO,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **1012367501** de BOGOTA D.C.

(MIL DOCE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS UNO)

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:

* El certificado de antecedentes disciplinarios ordinario deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes (Inciso 3°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro, en el certificado de antecedentes disciplinarios especial (Inciso 4°, artículo 238 - Ley 1952 de 2019).

* 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. Esta inhabilidad tendrá una duración de tres (3) años contados a partir de la ejecutoria de la última sanción. (numeral 2°, artículo 42 - Ley 1952 de 2019).

* Certificado expedido de conformidad con el numeral 5, artículo 102 del Decreto Ley 1421 de 1993, artículo 238 de la Ley 1952 de 2019, numeral 4.5, artículo 16 y numeral 6, artículo 21 del Acuerdo Distrital 755 de 2019.

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

* Certificado expedido sin costo alguno.

VÍCTOR JULIO URIBE GÓMEZ
Jefe Oficina Asesora Jurídica

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:25:02 AM horas del 23/11/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1012367501**
Apellidos y Nombres: **CALDERON ALFONSO YESEE FABIAN**

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.

Línea de atención al ciudadano:
5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República

Ministerio de Defensa Nacional

Portal Único de Contratación

GOV.CO

Todos los derechos reservados.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 284804986

PIB
10:53:51

Bogotá DC, 23 de noviembre del 2025

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) YESEE FABIAN CALDERON ALFONSO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1012367501:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Carlos William Rodríguez Millán
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

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