

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-DIC-1996**

**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.67** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**19-ENE-2015 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00671029-M-1033794661-20150218 **00430**38037A 2 44032146

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

**REPUBLICA DE COLOMBIA**
**IDENTIFICACION PERSONAL**
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.033.794.661**

**RODRIGUEZ LINARES**
APELLIDOS

**ANDERSON CAMILO**
NOMBRES

Anderson Rodriguez
FIRMA



Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,** **18/11/2025**
**DISTRITO**
**CAPITAL,**
COLOMBIA,
**A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES** con **Cédula de Ciudadanía** número **1033794661**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**
Número [redacted]
Fecha de apertura

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

# "FUSDESA"

## FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

### EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio De salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del Programa Acuerdo N° 164 del 18 de marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

## CONFIERE A:

# ANDERSON CAMILO RODRÍGUEZ LINARES

C.C.1.033.794.661 DE BOGOTÁ D.C

## EL CERTIFICADO DE

# TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS

POR HABER CURSADO Y CULMINADO SATISFACTORIAMENTE EL PROGRAMA DE :

# AUXILIAR EN ENFERMERÍA

DURACIÓN 1800 HORAS

FUSDESA
DIRECTOR ACADÉMICO

NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA

PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO

Dado en Bogotá, D.C. a los 19 Días del Mes de Junio de 2015
Anotado en el Folio 14713 libro 06 del Registro de FUSDESA.

Escaneado con CamScanner

# La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional

y en su nombre

# Colegio República de México I.E.D

Autorisado por el Ministerio de Educación Nacional
Según Resolución No.3819 del 14 de Diciembre del 2006

## Confiere a:

## Rodríguez Linares Anderson Camilo

Identificado(a) con Documento de Identidad No. 96122007160

## El Título de:

# Bachiller Académico

Por haber cursado y alcanzado los logros propuestos en el plan de estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, Artículo 28 Ley 115 de 1994 según los planes y programas vigentes.

Guillermo Castro Carrillo
C.C. 17.320.942 de Villavicencio
Rector

Ana Jaqueline Vega Ruiz
C.C. 51.664.384 de Bogotá
Secretaria

Anotado al folio No. 14 del libro de control interno de Diplomas

No 02 Acta General de Graduacion No 023

Dado en Bogotá D.C. a los 29 Días del mes de Noviembre del 2013

Este diploma no requiere ser registrado en la Secretaria de Educación de conformidad con el decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994.

Escaneado con CamScanner

# Acta de Grado

## Colegio República de México

En la ciudad de Bogotá, D.C., el día 29 del mes de Noviembre de 2013 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos del grado once, los suscritos Rector y Secretaria, del COLEGIO REPÚBLICA DE MÉXICO, Institución aprobada hasta nueva visita en el nivel de Educación Media Académica y autorizada por el ministerio de Educación Nacional, para otorgar el Título de Bachiller Académico según Resolución No 5819 del 14 de Diciembre de 2006.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Académica, se procedió a otorgar el TITULO DE BACHILLER ACADÉMICO, al graduando cuyos nombres, apellidos y números de documento de identidad se relacionan a continuación.

## RODRÍGUEZ LINARES ANDERSON CAMILO

**IDENTIFICADO(A) CON DOCUMENTO DE IDENTIDAD NO** 96122007160

Es fiel copia tomada del Acta Original General No.23 de fecha de 29 de Noviembre del 2013, que consta de 109 Estudiantes graduados, que comienza con el nombre de **ACUÑA AVELLANEDA ELISABETH ANDREA** con Documento de identidad **No 96100510372** de Bta cierra con el nombre de **ZAMBRANO SANCHEZ DIANA YASMIN** con documento de identidad No **96052403933** de Bta.

Firmada por **Guillermo Castro Carrillo** (Rector) **Ana Jaqueline Vega Ruiz** (Secretaria).

Dada en Bogotá, D.C a los 29 días del mes de Noviembre del año 2013.

En constancia se firma la presente por quienes en ella intervinieron, acorde con las Normas Legales vigentes.

**Guillermo Castro Carrillo**
**C.C. 17.320.942 de Villavicencio**
**Rector**

**Ana Jaqueline Vega Ruiz**
**C.C 51.664.384 de Bogotá**
**Secretaria**

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE

# "FUSDESA"

## FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el Ministerio de Salud, Acuerdo Ejecutivo N° 31 del 12 de Febrero de 1999
y Licencia Funcionamiento N° 1330 del 22 de Abril de 1999, Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.
Actualización del programa Acuerdo N° 164 del 18 de Marzo de 2010, Emitido por la Comisión Intersectorial
Para El Talento Humano En Salud, Registro Programa N° 15-096 del 20 de Agosto de 2010,
Emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

ACTA DE CERTIFICACIÓN N° 033

ACTA INDIVIDUAL N° 14713

En Bogotá D.C. a los 19 días del Mes de Junio del año 2015
**ANDERSON CAMILO RODRÍGUEZ LINARES**
Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía N° 1.033.794.661 de Bogotá D.C
Cursó y Culminó Satisfactoriamente el Programa
**AUXILIAR EN ENFERMERÍA**, con una intensidad de 1800 horas,
y le confiere el Certificado de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS.**

Anotado en el Folio 14713 del Libro 06 del Registro de FUSDESA

SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION
FUSDESA
DIRECTOR ACADÉMICO

NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA

PEDRO NEL PÉREZ ARDILA
SECRETARIO ACADÉMICO

Escaneado con CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Norte E.S.E. | CERTIFICACIÓN CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN CON ACTIVIDADES | CÓDIGO: AP-CT-F-66-01 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | PÁGINA: 1 DE 1 |
| | | FECHA: 9/02/2022 |

EL (A) SUSCRITO (A) DIRECTOR (A) DE CONTRATACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E

CERTIFICA

Mediante Acuerdo N° 641 del 06 de abril de 2016 se reorganizó el Sector Salud en el Distrito Capital; el Artículo 5 del Acuerdo en mención, subrogó en las Empresas Sociales del Estado resultantes de la fusión ordenada las obligaciones y derechos de toda índole pertenecientes a las Empresas Sociales del Estado fusionadas.

Revisados los archivos que reposan en la Dirección de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., se evidenció que, el (a) señor (a) **RODRIGUEZ LINARES ANDERSON CAMILO** identificado (a) con C.C. Núm. **1033794661** está vinculado (a) a través de la modalidad de Prestación de Servicios bajo el objeto contractual **AUXILIAR DE ENFERMERIA - CONVENIO 2353163 DE 2021**, desde el **18 de 09 de 2020** teniendo vigente el contrato No. 5427 contrato en ejecución; con unos honorarios mensuales de **DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/C. $2,232,372.00.**

A continuación, se describe las actividades contratadas bajo el objeto:

- 1- Desarrollar las acciones previstas en los planes de trabajo de los Espacios y/ o Procesos Transversales del PSPIC, de acuerdo a los requerimientos tecnicos propios de cada linea.
  2- Estructurar y desarrollar sesiones de informacion, educacion y comunicacion, con actores institucionales y comunitarios, caracterizados e identificados en los diferentes Espacios y/o Procesos Transversales del PSPIC.
  3- Implementar acciones de promocion, mantenimiento y recuperacion para el cuidado de la salud familiar, asi como apoyo a la asignacion de citas a consulta, en articulacion con al ruta de Promocion y Mantenimiento.
  4- Diligenciamiento adecuado y oportuno de los formatos requeridos para el desarrollo de los productos, y entrega de los mismos a revision de acuerdo a los requerimientos tecnicos propios de cada linea.
  5- Identificacion, caracterizacion y evaluacion del perfil de riesgo individual y colectivo en poblacion de los diferentes cursos de vida, en el marco de la operativizacion de acciones de los Espacios y/o Procesos Transversales del PSPIC.
  6- Aplicacion de los tamizajes definidos en cada linea de trabajo de los Espacios y/o procesos transversales.
  7- Promover en la poblacion de los diferentes cursos de vida y sus familias el desarrollo de habilidades para la vida, como una herramienta que fomente practicas de

autocuidado y desarrollo integral, en las tematicas definidas por cada Espacio y/ o Proceso Transversal.

8- Realizar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran , para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC.

9- Gestionar y/o apoyar el ejercicio de asignacion de citas a consulta de los usuarios que lo requieran de acuerdo a los requerimientos tecnicos propios de cada Espacio y/o Proceso Transversal

10- Fortalecer los procesos de notificacion, canalizacion y la busqueda activa institucional, asi como la gestion efectiva de respuestas sectorial e interinstitucional, de acuerdo a los alcances de cada Espacio y/o Proceso Transversal.

11- Hacer entrega de los reportes, informes, bases, tableros de control y/ o herramientas ofimaticas, propias de cada linea de trabajo, Espacio y/ o Proceso Transversal, con las caracteristicas de calidad y pertinencia tecnica esperados.

12- Aportar a los proceso de archivo general del PSPIC, de acuerdo a las tablas de retencion documental definidas y la normatividad vigente

13- Las actividades podran ser desarrolladas en cualquiera de los Espacios y/ o Procesos Transversales de acuerdo a los lineamientos del Contrato PSPIC vigente y necesidades de los servicios de la Subred

La presente se expide a solicitud del interesado (a), en Bogotá D.C. a los 9 de 02 de 2022.

**La adulteración y/o uso fraudulento de la información, así como de la presente firma acá plasmada, será responsabilidad exclusiva del contratista, en los términos de que trata los Artículos 286 y S.S. del Código Penal Colombiano)**

JANNETH CAICEDO CASANOVA
DIRECTOR (A) DE CONTRATACIÓN
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.

**LA DIRECCION DE CONTRATACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**NIT: 900959051-7**

***SE INFORMA QUE:***

El (la) señor(a) ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES, identificado(a) con CC. No. 1033794661, presta sus servicios de manera personal y autónoma en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E mediante contrato de prestación de servicios, según se relaciona a continuación:

---

**Contrato PS 6988 2023:**

**Fecha Inicio: 20/12/2023 Fecha Terminacion: 31/05/2024 Valor Contrato: $13.134.560**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA O ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 0002 DE 2023

1.verificación de frecuencia de uso según el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS (Resolución 3280-2018), con el fin de definir el tipo de atención que le corresponde a cada usuario. 2.garantizará la apertura de la historia clínica y dará acceso al profesional de la salud correspondiente, quien hará la consignación de la atención médica en el sistema de información para registro de historia clínica. 3.verificará el registro de la atención y dará cierre al proceso. 4.Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del CONVENIO 0002 DE 2023. Producto: Matriz de admisión con registro de usuarios con solicitud de apertura de historia clínica.

---

**Contrato PS 6869 2023:**

**Fecha Inicio: 22/11/2023 Fecha Terminacion: 13/12/2023 Valor Contrato: $2.039.231**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA-MOTORIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, CONVENIO 0002 DE 2023

El auxiliar de enfermería o regente de farmacia, tras recibir diariamente por parte del gestor familiar el listado de usuarios afiliados a la EPS-s Capital Salud con abordaje efectivo por los grupos base, procederá a realizar las siguientes actividades:1.Revisará la historia clínica correspondiente a la atención médica en casa realizada por el grupo base, en donde verificará las órdenes médicas derivadas de la atención inicial, específicamente las órdenes de medicamentos. 2.Especificará la población priorizada para la entrega de medicamentos en casa, para lo cual se define: Gestantes con dificultad para la movilización, mayores de 60 años, usuarios con discapacidad, cuidadores de personas dependientes o con discapacidad y usuarios

crónicos controlados. 3.Para los usuarios con órdenes de medicamentos que no cumplan con criterios para realizar entrega en casa, se realizara registro y serán remitidos al grupo de seguimiento con el fin de mediante el seguimiento telefónico se verifique si los usuarios cuentan con los medicamentos ordenados en la consulta médica de EAC.4.Una vez contando con el listado de los usuarios con órdenes de medicamentos que cumplen criterios para entrega en casa, se procederá a realizar la impresión de estas órdenes e iniciar el proceso verificación de la disponibilidad de los medicamentos en farmacia con el fin de generar la facturación según procesos definidos en la subred previa articulación y definición de procesos entre el área de complementarios y equipos de atención en casa. 5.Posteriormente se hará contacto telefónico con los usuarios con el fin de informar el día en que se realizará la entrega de los medicamentos en el domicilio, de acuerdo a órdenes médicas. 6.Diariamente el auxiliar de enfermería o regente de farmacia iniciara su recorrido previo alistamiento de los elementos de protección personal, insumos y dispositivos médicos necesarios para el desarrollo de sus actividades.7.Una vez el auxiliar de enfermería o regente de farmacia haya realizado la entrega de los medicamentos al usuario de acuerdo a las guías, manuales y demás documentos dispuestos en la subred para tal fin, deberá orientar sobre temas relacionados con la conservación adecuada de los medicamentos, vías de administración, dosis y demás información que se encuentre en la orden médica. 8.Si por alguna no se hace entrega de la totalidad de los medicamentos conforme a la orden médica, se informará al usuario cuando se haría la entrega o si requiere realzar algún trámite adicional para la dispensación. 9.El auxiliar de enfermería o regente de farmacia llevara un registro diario de los usuarios con entrega de medicamentos efectiva, fallida, pendientes, y demás novedades que surjan en el proceso de dispensación. En caso de que los medicamentos ordenados no sean dispensados en su totalidad por parte de la Subred, el auxiliar de enfermería o regente de farmacia deberá hacer el seguimiento permanente, para que una vez estén disponibles, realice la entrega de los medicamentos faltantes al usuario. 10. Debe asistir al comite de cuidado.Productos:1.Matriz de seguimiento con registro diario de los usuarios con fechas de entrega de medicamentos efectiva, fallida, pendientes, y demás novedades que surjan en el proceso de dispensación. Así mismo los medicamentos que por alguna razón no pudieron ser entregados. 11. Realizar demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato. CONVENIO 0002 DE 2023

---

**Contrato PS 5440 2023:**

**Fecha Inicio: 18/05/2023 Fecha Terminacion: 14/11/2023 Valor Contrato: $14.699.084**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO TECNICO AUXILIAR ENFERMERIA O ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. , CONVENIO 0002 DE 2023

1.realizar el contacto telefónico con el usuario y revisión de historia clínica en el orden del recorrido propuesto por el componente geográfico, para actualizar y/o confirmar datos de ubicación y agendar la visita del grupo base o profesional de psicología. 2.hará registro del resultado de la llamada, e informará al líder operativo con el fin de programar desplazamiento a la dirección registrada para el usuario y definir el estado de la visita. 3.revisión de historia clínica en busca de las órdenes generadas y adicionalmente se haga una revisión de frecuencias de uso según esquema de atenciones y se logre el agendamiento de consultas pendientes que por curso de vida le corresponde a cada usuario. 4.identificará los usuarios con órdenes a las especialidades de: medicina familiar, medicina interna y psiquiatría, con el fin de realizar el agendamiento de acuerdo con la modalidad de servicio habilitada en cada subred, con los profesionales especializados que se encuentran contratados en el convenio para tal fin. 5.recordar al usuario el día, hora, tipo de cita asignada (intramural o en la vivienda por EAC). 6.realizará un seguimiento a las citas que registren inasistencias, haciendo un nuevo contacto

telefónico o realizando la verificación en historia clínica dicha atención. 7.llevará registro del 100% de usuarios con citas agendadas, que darán cuenta del tipo de agendamiento, fechas de las citas, tipo de consulta, estado de la cita, entre otros, adicionalmente permitirá realizar un proceso de recordación de citas, seguimiento a los usuarios inasistentes, y reprogramaciones. 8.Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del CONVENIO 0002 DE 2023. Producto:Matriz de agendamiento con registro de usuarios con citas agendadas según tipo de agendamiento, seguimiento a cumplimiento de citas, reprogramaciones, y oportunidad en la asignación.

---

**Contrato PS 5391 2022:**

**Fecha Inicio: 05/07/2022 Fecha Terminacion: 21/03/2023 Valor Contrato: $15.334.272**

Objeto Contrato: PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 006 RUTA MATERNO PERINATAL

1)Realiza Orientación, Direccionamiento y/o aclaraciones acerca de trámites administrativos necesarios para recibir atención en Salud en el marco de la resolución 3280 de 2018 y las normas reglamentarias para la RJAS Materno Perinatal 2)Identificación de la población de mujeres en edad fértil, gestantes y recién nacidos asignada por EAPB, en el marco de la resolución 3280 de 2018 y las normas reglamentarias para la RIAS Materno Perinatal 3)Articulación con espacios donde transcurre la vida para validación de información y cruce de datos de la población gestante, en el marco de la resolución 3280 de 2018 y las normas reglamentarias para la RIAS Materno Perinatal 4)Realizar los trámites respectivos para la atención de la población gestante, habitante de calle sin certificar, pacientes indocumentadas, pacientes extranjeras según cada caso 5)Asistir a las reuniones técnicas convocadas por la Secretaria Distrital de Salud, en caso de ser necesario, así como en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E 6)Asistir técnicamente a los actores SGSSS en Bogotá D.C. en el plan de capacitación y entrenamiento implementado en el marco de la resolución 3280 de 2018 y las normas reglamentarias parca los RIAS Materno Perinatal 7)Acompañar la implementar estrategias para el fortalecimiento de competencias materno-perinatales del personal de servicios de atención a la mujer gestante, con énfasis en la atención preconcepcional, el oportuno y adecuado control prenatal y la atención del parto acorde con la condición de salud para el fortalecimiento de competencias materno-perinatales del personal de servicios de atención a la mujer gestante, con énfasis en la atención preconcepcional, el oportuno y adecuado control prenatal y la atención del parto acorde con la condición de salud de la mujer gestante 8) Realizar acompañamiento del Plan de cumplimiento de la oferta en el marco de la Ruta Integral de Atención de Salud Materno Perinatal, basado en enfoque de derechas y atención humanizada en las instituciones prestadoras de servicios de salud de la ciudad. 9)Hacer seguimiento a Gestantes con dificultades administrativas por afiliación en otros municipios, realizando la orientación respectiva 10)Desarrollar e implementar mecanismos de coordinación que permitan la gestión intersectorial. CONVENIO 006 RUTA MATERNO PERINATAL.

---

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá D.C, el día 23 de Mayo de 2024.

Para mayor información favor comunicarse a la línea 3045952563, via correo electronico a certificacionesops@subredcentrooriente.gov.co o dirigirse a la Av. Caracas No. 33 A-11, oficina de Contratación OPS

Cordialmente,



**MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN**
**Directora de Contratación**
**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

*Los abajo firmantes, certifican que hicieron revisión de este documento y que la información ha sido suficientemente evaluada, revisada y aprobada.*

Responsables: Isabel Jiménez – Técnico administrativo
Nubia Sánchez Valencia – Secretaria
Revisó: Paola Carolina Zabala - Referente OPS

## 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) ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1033794661 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

| | |
|---|---|
| **CONTRATO** | 6583 de 2024 |
| **OBJETO** | PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | $ 8.570.835 |
| **FECHA DE INICIO** | 2024-09-03 |
| **FECHA DE TERMINACIÓN** | 2025-01-15 |
| **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, 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
- 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
- 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
- Apoyar el proceso de respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y/o definitivas
- 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
- 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
- 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 18 días del mes de Noviembre de 2025.



*©Siasur - ©App Subred Sur Colaboradores - 2025*

HECTOR ALFONSO GUERRERO LOPEZ
DIRECTOR OPERATIVO DE CONTRATACION
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


*©Siasur - ©App Subred Sur Colaboradores - 2025*

## 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) ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES; identificado(a) con cédula de ciudadanía No, 1033794661 el Contrato(s) de Prestación de Servicios con Persona Natural, pactando las siguientes condiciones y especificaciones:

| | |
|---|---|
| **CONTRATO** | 2505 de 2025 |
| **OBJETO** | PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO DEL PROCESO DE FACTURACIÓN EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | $ 25.317.204 |
| **FECHA DE INICIO** | 2025-01-16 |
| **FECHA DE TERMINACIÓN** | 2025-12-31 |
| **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. Apoyar el proceso de autorizaciones con la EPS de 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, registrando los trámites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma y adjuntando 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,
- 3. Registrar diariamente cargos de servicios de acuerdo a la autorización y/o orden médica y demás servicios que así se requieran y se encuentren debidamente realizados y soportados, notificando las inconsistencias
- 4. 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 tanto la orden de salida para el egreso del usuario y 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.
- 5. Depurar y solucionar los ingresos de urgencias y hospitalización en un plazo no mayor a 72 horas desde el reporte de los mismos,
- 6. Dar Respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y/o definitivas que se generen por incumplimiento de las actividades asignadas en el contrato,
- 7. 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,
- 8. 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 18 días del mes de Noviembre de 2025.

HECTOR ALFONSO GUERRERO LOPEZ
DIRECTOR OPERATIVO DE CONTRATACION
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


*©Siasur - ©App Subred Sur Colaboradores - 2025*

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Estado Identificación: | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1033794661 | ANDERSON | CAMILO | RODRIGUEZ | LINARES | Vigente | Ver |

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES identificado(a) con CC 1033794661 registra La siguiente información:

2024-08-14→9:33:51 PM

Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha inicio ejercer Acto Administrativo | Acto Administrativo | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|---|
| AUX | Local | TECNICO LABORAL EN AUXILIAR DE ENFERMERIA | 2015-08-18 | 9431 | DTS SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD |

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



# FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

## EJERCITO NACIONAL

## TARJETA DE CONDUCTA

El COMANDANTE DEL BASPC No.21

Hace constar que el SLB RODRIGUEZ LINARES

ANDERSON CAMILO

1033794661

Con Tarjeta de Reservista No. _____

Observó EXCELENTE Conducta durante su Servicio

Militar obligatorio prestado en esta Unidad: del 100915 al 270816

BOGOTA, 28-08-16 TC. GUTIERREZ GONZALEZ RICHARD ALI

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y POSTFIRMA CDTE UNIDAD

Escaneado con CamScanner

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

**NÚMERO INSCRIPCIÓN: 292524** Descargar registro aquí

## 1. Datos personales

**Primer nombre**
Anderson

**Otros nombres**
Camilo

**Primer apellido**
Rodriguez

**Segundo apellido**
Linares

**Fecha de Nacimiento**
20/12/1996

**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 |
|---|---|---|---|
| Formación técnica profesional | TÉCNICA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA | Si | |

### Otros estudios

| Nombre curso | Graduado | Horas |
|---|---|---|
| CURSO DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS DE VIOLENCIA | Si | 40 |

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.

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 **FACTURADOR,** 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,

Anderson Rodriguez

**FIRMA**
**ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES**
[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.

Powered by CamScanner

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | 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:** 1033794661 **FECHA DE NACIMIENTO:** 20-12-1996

**NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:** Anderson Camilo Rodriguez Linares

**DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:** [redacted]

**LOCALIDAD:** Ciudad Bolivar

**TELÉFONO FIJO:** _____ **N° CELULAR:** [redacted]

**CORREO ELECTRÓNICO:** [redacted]

**EPS:** Compensar **FONDO DE PENSIONES** Porvenir. **ARL** Sura

**USTED FACTURA ELECTRONICAMENTE:** SI_____NO X

**ESTADO CIVIL:** CASADO_____ SOLTERO X UNIÓN MARITAL DE HECHO_____

**MADRE/PADRE CABEZA DE FAMILIA:** SI _____NO X

**CUANTOS HIJOS MENORES DE 12 AÑOS TIENE** 1 NA. _____

**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? NINGONA

**USTED ACTUALMENTE TIENE UN CONTRATO SIMULTANEO CON OTRA ENTIDAD:** SI ____NO X

¿CUÁL ENTIDAD? _____

**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?** _____

**SU FAMILIAR ES: PADRE**___**MADRE**___**HERMANO(A)** __**TIO(A)** __**PRIMO(A)** __

**OTRO, ¿CUÁL?** _____

**EN CASO DE EMERGENCIAS CONTACTAR A:** MARLEN LINARES

**NUMERO DE CONTACT** [redacted]

Anderson Rodriguez
**Nombres Apellidos y Firma**



2023-11-15

Powered by CamScanner

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 |
|---|---|---|
| RODRIGUEZ | LINARES | ANDERSON CAMILO |

| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | SEXO | NACIONALIDAD |
|---|---|---|
| C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1033794661 | F ( ) M (X) | COL (X) EXTRANJERO ( ) |

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 1033794661 D.M 003

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO**

FECHA DIA 20 MES DIC AÑO 1996

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

**DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA**

[redacted]

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO [redacted]

EMAIL [redacted]

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

**EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA**

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

| EDUCACIÓN BASICA | | | | | | | | | | | TITULO Bachiller academico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | | MEDIA | | FECHA DE GRADO |
| 1°. | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°. | 7°. | 8°. | 9°. | 10°. | 11°. X | MES NOVIEMBRE AÑO 2013 |

**OTROS ESTUDIOS**

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---|---|---|---|
| ATENCION INTEGRAL DE VICTIMAS DE | Interlav Academia Internacional S.A.S. | 2021 | 40 |
| Primeros auxilios | Fundación de Socorristas Desarrollo y Accion | 2020 | 20 |
| TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA | FUSDESA (FUNDACION DE SOCORRISTAS | 2013 | 1800 |

Firma electronica validador: null



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



Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

## 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 Centro Oriente E.S.E. | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | radicacionmedioselectronicos@subredcentrooriente. |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 3282828 | DIA 5 MES 7 AÑO 2022 | DIA 21 MES 3 AÑO 2023 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de Enfermeria | Gestion de Ambulatorios | 34 Nº 5 - 43 |

| EMPLEO O CONTRATO | | | |
|---|---|---|---|
| EMPRESA O ENTIDAD | PÚBLICA | PRIVADA | PAÍS |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | X | | Colombia |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | correspondencia@subrednorte.gov.co |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 4431790 | DIA 28 MES 10 AÑO 2020 | DIA 2 MES 5 AÑO 2022 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| AUXILIAR DE ENFERMERIA | VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA | Cll 94 #57-40 |

| 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. | certificaciones.subred@gmail.com |

| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO |
|---|---|---|
| 7428585 | DIA 2 MES 2 AÑO 2018 | DIA 30 MES 6 AÑO 2018 |

| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN |
|---|---|---|
| Auxiliar de Enfermeria | Gestión del riesgo | cra10 # 47b-35sur |

Firma electronica validador: null

4553388 Firma electronica validador: null

Documento electrónico: null

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



Powered by CamScanner

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

## 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 | 4 | 3 |
| Total | 4 | 3 |

## 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 18- Nov -2025
*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

Firma electrónica: null Anderson Rodriguez
*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

Powered by CamScanner

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: 18-nov-2025

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES

**IDENTIFICADO CON C.C.** ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1033794661 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

**Direcció** [redacted] **Teléfonos** [redacted]

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| Marlen Linares Urrea | 52129830 | Madre |
| Dereck Mateo Rodriguez Alvarez | 1245082710 | Hijo(a) |

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

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

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

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

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | $ 0,00 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | $ 0,00 |
| GASTOS DE REPRESENTACION | $ 0,00 |
| ARRIENDOS | $ 0,00 |
| HONORARIOS | $ 2.189.000,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0,00 |
| TOTAL | $ 2.189.000,00 |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| Banco Davivienda | Cuenta de ahorros | [redacted] | Bogotá | $ 0,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| | | $ 0,00 |

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| | | $ 0,00 |

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: 18-nov-2025

## 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<br>C.C ◯ C.E ◯ T.I. ◯ | NÚMERO DOCUMENTO |
|---|---|---|
| | | |

## 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:
ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES 18/11/2025 18:31:

**FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA**

BOGOTÁ D.C. 18-nov-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: | ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES |
| Identificación: | 1033794661 |
| 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: | 18/11/25 |

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: f47698eb45f4c348e476f6f2e58a95e8076a8721e59b01487c207401e0e752e9

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.<br>• Ley 1437 de 2011, art.11.<br>• Ley 1952 de 2019, art. 44, 56 núm. 1 y 2, 71, 104 num.1.<br>• 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: f47698eb45f4c348e476f6f2e58a95e8076a8721e59b01487c207401e0e752e9

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.<br>• 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: f47698eb45f4c348e476f6f2e58a95e8076a8721e59b01487c207401e0e752e9

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.<br>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 4.<br>• 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: f47698eb45f4c348e476f6f2e58a95e8076a8721e59b01487c207401e0e752e9

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: f47698eb45f4c348e476f6f2e58a95e8076a8721e59b01487c207401e0e752e9

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.<br>• 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: f47698eb45f4c348e476f6f2e58a95e8076a8721e59b01487c207401e0e752e9

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.<br>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 7.<br>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: f47698eb45f4c348e476f6f2e58a95e8076a8721e59b01487c207401e0e752e9

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.<br>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 5.<br>• 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: f47698eb45f4c348e476f6f2e58a95e8076a8721e59b01487c207401e0e752e9

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.<br>• 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: f47698eb45f4c348e476f6f2e58a95e8076a8721e59b01487c207401e0e752e9

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.<br>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6.<br>• 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: f47698eb45f4c348e476f6f2e58a95e8076a8721e59b01487c207401e0e752e9

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.<br>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6.<br>• 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: f47698eb45f4c348e476f6f2e58a95e8076a8721e59b01487c207401e0e752e9

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.<br>• 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: f47698eb45f4c348e476f6f2e58a95e8076a8721e59b01487c207401e0e752e9

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.<br>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 8.<br>• 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: f47698eb45f4c348e476f6f2e58a95e8076a8721e59b01487c207401e0e752e9

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.<br>• 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: f47698eb45f4c348e476f6f2e58a95e8076a8721e59b01487c207401e0e752e9

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.<br>• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 9.<br>• 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: f47698eb45f4c348e476f6f2e58a95e8076a8721e59b01487c207401e0e752e9

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: f47698eb45f4c348e476f6f2e58a95e8076a8721e59b01487c207401e0e752e9

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: f47698eb45f4c348e476f6f2e58a95e8076a8721e59b01487c207401e0e752e9

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: f47698eb45f4c348e476f6f2e58a95e8076a8721e59b01487c207401e0e752e9

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.<br>• 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: f47698eb45f4c348e476f6f2e58a95e8076a8721e59b01487c207401e0e752e9

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: f47698eb45f4c348e476f6f2e58a95e8076a8721e59b01487c207401e0e752e9

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: f47698eb45f4c348e476f6f2e58a95e8076a8721e59b01487c207401e0e752e9

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: f47698eb45f4c348e476f6f2e58a95e8076a8721e59b01487c207401e0e752e9

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: f47698eb45f4c348e476f6f2e58a95e8076a8721e59b01487c207401e0e752e9

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:
ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES 18/11/2025 18:33:32

**FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA**

NOMBRE: ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES

CC: 1033794661

BOGOTÁ D.C.

Documento electrónico: f47698eb45f4c348e476f6f2e58a95e8076a8721e59b01487c207401e0e752e9

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

| ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA 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 5.2.2.2.1. de la Circular Externa No 009 de 2016 y 5.1.4 de la Circular Externa 20211700000005-5 de 2021 de 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 pa 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 Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevenci y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.

2. Que conforme a lo dispuesto en el literal b) del articulo 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 q 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 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 precontractuale 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 , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud.
   i) Envio 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 juridicas 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, compañias 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 estadisticos.
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 juridica 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 |
| TIPO DE VINCULACION CON LA ENTIDAD | CONTRATISTA OPS | CUAL? | N/A | | |

| 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL | | | |
|---|---|---|---|
| PRIMER APELLIDO | RODRIGUEZ | PRIMER NOMBRE | LINARES |
| SEGUNDO APELLIDO | ANDERSON | SEGUNDO NOMBRE | CAMILO |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CEDULA DE CIUDADANIA | No IDENTIFICACIÓN | 1033794861 |
| LUGAR DE EXPEDICION | BOGOTA | FECHA DE EXPEDICION | 19/01/2015 |
| FECHA DE NACIMIENTO | 20/12/2025 | PAIS DE NACIMIENTO | COLOMBIA |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NACIONALIDAD 1 | COLOMBIANA | NACIONALIDAD 2 | N/A | ES RESIDENTE EN COLOMBIA | SI |
| DIRECCION RESIDENCIA | KR 19 N°61 B 61 SUR | | | PAIS DE RESIDENCIA | COLOMBIA |
| TIPO DE VIVIENDA | FAMILIAR | TELEFONO CELULAR 1 | 3217532634 | TELÉFONO FIJO | N/A |
| CORREO ELECTRÓNICO | EMCA0312@GMAIL.COM | | | ESTADO CIVIL | SOLTERO (A) |
| NIVEL DE ESTUDIOS | TECNICO | OTRO - CUAL? | N/A | PROFESIÓN / OFICIO | FACTURADOR |

| 2. DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO | | | |
|---|---|---|---|
| PRIMER APELLIDO | N/A | PRIMER NOMBRE | N/A |
| SEGUNDO APELLIDO | N/A | SEGUNDO NOMBRE | N/A |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CEDULA DE CIUDADANIA | No IDENTIFICACIÓN | N/A |
| LUGAR DE EXPEDICION | N/A | PAIS DE RESIDENCIA | COLOMBIA |



Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| 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 |

## 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 | | 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 | | | | | | | | |

## 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 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 | $ | 2.000.000,00 | TOTAL PASIVOS | $ | 5.000.000,00 | TOTAL PATRIMONIO | $ 2.000.000,00 |
| INGRESOS MENSUALES | $ 2.189.000,00 | OTROS INGRESOS MENSUALES | N/A | | TOTAL INGRESOS MENSUALES | $ | - | TOTAL EGRESOS MENSUALES | $ 1.500.000,00 |
| 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 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).

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 AUTOGRAFA O ESCANEADA Y PONER HUELLA Anderson Rodriguez

**Firma**



Huella Indice Derecho



Powered by CamScanner

# Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Formulario Único de Conocimiento de Persona Natural y Jur

Fo to de

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

FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO DE PERSONA NATURAL Y JURIDICA

2025-11-19

Radicado #: 26082

Aceptar

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141149901135

(415)7707212489984(8020) **000014114990113 5**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 3 3 7 9 4 6 6 1 | 6 | 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 3 3 7 9 4 6 6 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 |
|---|---|---|---|
| RODRIGUEZ | LINARES | ANDERSON | CAMILO |

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 2 1 7 5 3 2 6 3 4 | |

## 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 2 4 0 8 2 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 2 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

## 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 RODRIGUEZ LINARES ANDERSON CAMILO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

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:18/11/2025

| CONTRIBUYENTE | C.C. 1033794661 | ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES |
|---|---|---|

### INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: [redacted] Teléfonos:

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

Fecha de Inscripción: 11/02/2021 Soporte Inscripción: -

### PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: COMUN Fecha desde: 11/02/2021

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: 21/06/2021 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:

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.



Fuente: RIT-SHD

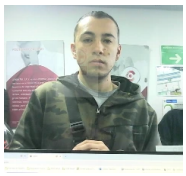
## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:** CENDIATRA SUR 2 | **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

**TELÉFONO:** 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-08-15

**Nombres y apellidos:** ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES
**Fecha de nacimiento:** 20/12/1996
**Empresa:** PARTICULAR
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** AUXILIAR ADMINISTRATIVO

**CC:** 1033794661
**Edad:** 27 **Sexo:** MASCULINO
**Fecha ingreso:** 2024-08-15 / 07:18:29
**Fecha salida:** 2024-08-15 / 08:29:15



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- VISIOMETRIA

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

**:**

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**
CONDICIÓN VISUAL:

**RECOMENDACIONES:**
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: USO DE CORECCION VISUAL

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

DR. MANUEL SUAREZ
Md. Esp. Sst - Lic 8082/22

MANUEL ALEJANDRO SUAREZ CAMARGO
RM: 2167
Firma y sello del médico

Anderson Rodriguez

ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES
CC: 1033794661
Firma del paciente

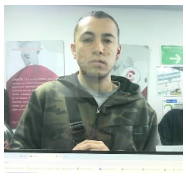
## RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

**SEDE:** CENDIATRA SUR 2 | **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

**TELÉFONO:** 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-08-15

**Nombres y apellidos:** ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES
**Fecha de nacimiento:** 20/12/1996
**Empresa:** PARTICULAR
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** AUXILIAR ADMINISTRATIVO

**CC:** 1033794661
**Edad:** 27 **Sexo:** MASCULINO
**Fecha ingreso:** 2024-08-15 / 07:18:29
**Fecha salida:** 2024-08-15 / 08:29:15



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
**Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:**

1. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: USO DE CORECCION VISUAL

DR. MANUEL SUAREZ
Md. Esp. Sst - Lic 8682/22

MANUEL ALEJANDRO SUAREZ CAMARGO
RM: 2167
Firma y sello del médico

ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES
CC: 1033794661
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Cendiatra

## VISIOMETRIA

**SEDE:** CENDIATRA SUR 2 | **DIRECCIÓN:** Autopista Sur # 36-40 Sur, Villa Mayor | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

**TELÉFONO:** 2039694 | **EMAIL:** citas.sur@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-08-15

**CC:** 1033794661
**Nombres y apellidos:** ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES
**Fecha de nacimiento:** 20/12/1996
**Edad:** 27 **Sexo:** MASCULINO **RH:** O +
**Teléfono:**
**Nombre acompañante:**

**Empresa:** PARTICULAR
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** AUXILIAR ADMINISTRATIVO
**Fecha ingreso:** 15/08/2024
**Fecha salida:** 15/08/2024
**Teléfono acompañante:**



### EVOLUCIÓN

**SECCIÓN 1**
EVOLUCIÓN:

### ANTECEDENTES GENERALES

**SECCIÓN 1**

| | |
|---|---|
| ANTECEDENTES OCULARES: | NO USA GAFAS |
| ANTECEDENTES PATOLOGICOS: | |
| ANTECEDENTES FAMILIARES: | |

### PRUEBA

**SECCIÓN 1**
PERIMETRIA:

### AGUDEZA VISUAL LEJANA

**SECCIÓN 1**

| | | |
|---|---|---|
| AMBOS OJOS: | 20/30 | SC |
| OJO DERECHO: | 20/30 | SC |
| OJO IZQUIERDO: | 20/30 | SC |
| ESTEREOPSIS SEG: | 40 | |
| VISION CROMATICA: | NORMAL | |
| FORIA VERTICAL: | NORMAL | |
| FORIA LATERAL: | NORMAL | |

### AGUDEZA VISUAL CERCANA

**SECCIÓN 1**

| | | |
|---|---|---|
| AMBOS OJOS VISUAL CERCANA: | 0.50 CM. | SC |
| OJO DERECHO VISUAL CERCANA: | 0.50 CM. | SC |
| OJO IZQUIERDO VISUAL CERCANA: | 0.50 CM. | SC |
| FORIA LATERAL VISUAL CERCANA: | NORMAL | |
| ESTENOPEICO VISUAL CERCANA: | | |

### DIAGNÓSTICOS

**SECCIÓN 1**
DIAGNÓSTICO 1: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN



Powered by CamScanner

DIAGNÓSTICO 4:

DIAGNÓSTICO 2: OTROS TRASTORNOS DE LA REFRACCIÓN

DIAGNÓSTICO 5:

DIAGNÓSTICO 3:

**RECOMENDACIONES**

**SECCIÓN 1**
RECOMENDACIONES: REQUIERE USO DE CORRECCION VISUAL

Diana Moreno B.
OPTOMETRA - REG. 3569
ESP. S.O. RES. 7818/2018

DIANA MORENO BALLESTEROS
RM: 7818
Firma y sello del médico

Anderson Rodriguez

ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES
CC: 1033794661
Firma del paciente



Powered by CamScanner

BVCPQEAIj5

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SMAR SUR

# La Subred Integrada de Servicios Salud Sur E.S.E. certifica que:

## ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES

**1033794661**

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

***ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL***

Con una intesidad horaria de **60** horas.
Para constancia se expide:

***18 de noviembre de 2025***

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE
SALUD
BOGOTÁ

Súmale puntos
a la vida, vacúnate
y previene.

Ingresa a **profamilia.org.co** · Línea nacional **01 8000 110 900**

Profamilia

# Certificado Nacional de vacunación

Súmale puntos a la vida
Vacúnate y previene

| | |
|---|---|
| Nombre | Anderson Camilo Rodriguez |
| No. Documento | 1033794466 |
| Fecha nacimiento | 20-12-96 |
| Teléfono/Celular | |

**Súmale puntos a la vida,** vacúnate y previene.

Powered by CamScanner

| Nombre de la vacuna | | Fecha de aplicación | Lote y fecha de vencimiento de la vacuna | Nombre o firma del vacunador | Nombre de la vacuna | Fecha de aplicación | Lote y fecha de vencimiento de la vacuna | Nombre o firma del vacunador |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Influenza | 1 Dosis | 23-10-25 | K13 Vto: 31-12-25 | Diana C | | | | |
| | 2 Dosis | | | | | | | |
| | 3 Dosis | | | | | | | |
| | 1 Dosis | | | | | | | |
| | 2 Dosis | | | | | | | |
| | 3 Dosis | | | | | | | |
| | 1 Dosis | | | | | | | |
| | 2 Dosis | | | | | | | |
| | 3 Dosis | | | | | | | |
| | 1 Dosis | | | | | | | |
| | 2 Dosis | | | | | | | |
| | 3 Dosis | | | | | | | |
| | 1 Dosis | | | | | | | |
| | 2 Dosis | | | | | | | |
| | 3 Dosis | | | | | | | |
| | 1 Dosis | | | | | | | |
| | 2 Dosis | | | | | | | |

Powered by CamScanner

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

## CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES identificado(a) con Cedula Ciudadania 1033794661, se encuentra Mora en Aportes en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20240815 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 18 días del mes de Noviembre de 2.025

**Observaciones:**

**Con destino a:**
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
30586658

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

ARL

Medellin, 18 de noviembre de 2025

**LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:**

Que **ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES** con documento de identidad **C1033794661**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE** con NIT **N900958564**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

| Información general de la afiliación | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha inicio | Fecha fin | Tipo cotizante | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
| 2024-09-03 | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | ASISTENCIAL | 0000000001 | 3 | 2.436 | EN COBERTURA |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**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:

**ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.794.661**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 13:16:26
ANDERSON CAMILO R...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

## Escritorio

Última Actualización

**OPORTUNIDADES RECIENTES**

No se han encontrado

| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|---|---|---|---|---|
| Suscripciones | En edición | Adjudicaciones pendientes | Invitaciones directas | Nuevos informes |

**ÚLTIMAS OFERTAS**

No se han encontrado

### Solicitud de acceso

El usuario ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ HERNANDEZ (CR1023017746@GMAIL.COM) está solicitando acceso Aceptar usuarios

### Sugerencias SECOP




◄ ►

### Mensaje Todos

*Sin mensajes…*
Más información .

### Oportun Recibidas s

*Sin oportunidades*
Más información .

# Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

# ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES

C.C 1.033.794.661

Participó y completó el curso virtual

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 19 de noviembre 2025

**Francisco Camargo Salas**
Director de Empleo Público

Código: 765800228000

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| | DECLARACION JURAMENTADA PROCESO PRECONTRACTUAL PERSONA NATURAL | CO-OPS-FT-33 V3 |

Yo, ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 1033794661 expedida en la ciudad de Bogotá 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 DIECIOCHO ( 18) días del mes de NOVIEMBRE del año 2025.

**FIRMA** Anderson Rodriguez

**NOMBRES COMPLETOS** ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES

**C.C. No.** 1033794661

**TELEFONO** [redacted]

**DIRECCIÓN**

**CORREO**



HUELLA



Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E** | |
| | **AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE TÍTULOS** | **CO-OPS-FT-08 V3** |

Bogotá D.C 19 NOVIEMBRE 2025

Señores FUNDACION DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCION

**Por medio de la presente, yo ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES, identificado con número de documento 1033794661, autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E para que realice la respectiva verificación de la información académica de mi hoja de vida, lo anterior con fines de habilitación y demás procesos internos de la entidad en lo referente a corroboración de la información.**

**Título Académico: AUXILIAR EN ENFERMERIA**

Cordialmente,

Anderson Rodriguez

Firma
Nombre: ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES
No. [redacted]
Telé[redacted]

Huella



**Nota: Se debe diligenciar por cada título académico presentado.**

Powered by CamScanner

**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) **ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES,** quien se identifica con

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. **1033794661** de BOGOTA D.C.

(MIL TREINTA Y TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y 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

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

**Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales**

**La Policía Nacional de Colombia informa:**
Que siendo las 09:14:37 PM horas del 19/11/2025, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1033794661**
Apellidos y Nombres: **RODRIGUEZ LINARES ANDERSON CAMILO**

**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.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
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.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

# Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

## La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 19/11/2025 09:13:23 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1033794661** y Nombre: **ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES.**

## 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. **126869598** . 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

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 284655893

PIB
21:12:07


Bogotá DC, 19 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) ANDERSON CAMILO RODRIGUEZ LINARES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1033794661:

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.**

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 miércoles 19 de noviembre de 2025, a las 21:08:42, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | Cédula de Ciudadanía |
| No. Identificación | 1033794661 |
| Código de Verificación | 1033794661251119210842 |

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