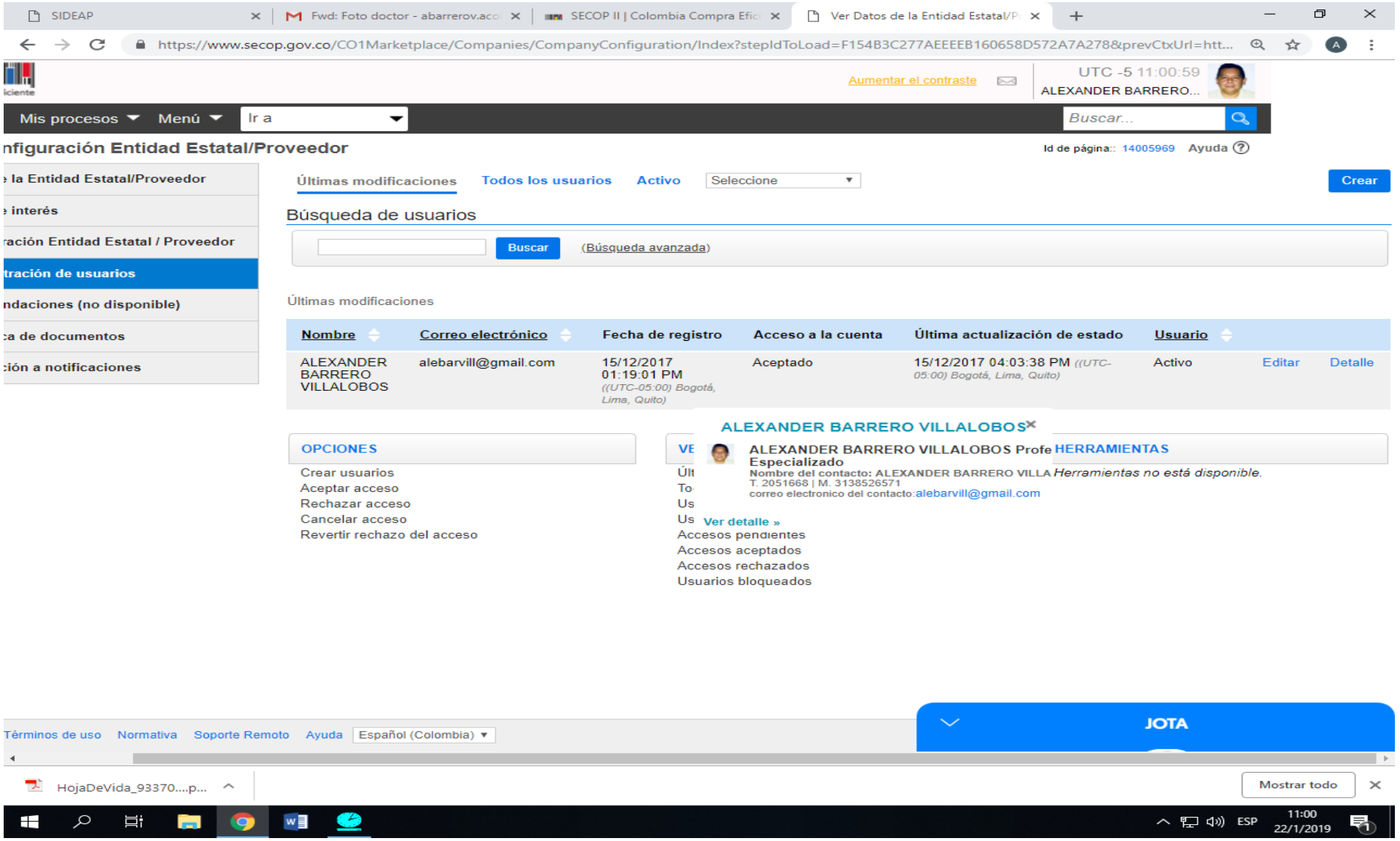

SIDEAP
Fwd: Foto doctor - abarrerov.aco
SECOP II | Colombia Compra Efici
Ver Datos de la Entidad Estatal/P
https://www.secop.gov.co/CO1Marketplace/Companies/CompanyConfiguration/Index?stepIdToLoad=F154B3C277AEEEEB160658D572A7A278&prevCtxUrl=htt...
Aumentar el contraste
UTC -5 11:00:59
ALEXANDER BARRERO...
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
nfiguración Entidad Estatal/Proveedor
Id de página:: 14005969
Ayuda
la Entidad Estatal/Proveedor
interés
ración Entidad Estatal / Proveedor
tración de usuarios
ndaciones (no disponible)
a de documentos
ión a notificaciones
Últimas modificaciones
Todos los usuarios
Activo
Seleccione
Crear
Búsqueda de usuarios
Buscar
(Búsqueda avanzada)
Últimas modificaciones
Nombre
Correo electrónico
Fecha de registro
Acceso a la cuenta
Última actualización de estado
Usuario
ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS
alebarvill@gmail.com
15/12/2017 01:19:01 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Aceptado
15/12/2017 04:03:38 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)
Activo
Editar
Detalle
ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS
OPCIONES
Crear usuarios
Aceptar acceso
Rechazar acceso
Cancelar acceso
Revertir rechazo del acceso
ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS Profe
Especializado
Nombre del contacto: ALEXANDER BARRERO VILLA
T. 2051668 | M. 3138526571
correo electronico del contacto:alebarvill@gmail.com
Ver detalle »
HERRAMIENTAS
Herramientas no está disponible.
Accesos pendientes
Accesos aceptados
Accesos rechazados
Usuarios bloqueados
Términos de uso
Normativa
Soporte Remoto
Ayuda
Español (Colombia)
JOTA
HojaDeVida_93370....p...
Mostrar todo
ESP
11:00
22/1/2019

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

Última Actualización: 22-ene-2019

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| BARRERO | VILLALOBOS | ALEXANDER |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 93370765

*SEXO*: F ( ) M (X)

*NACIONALIDAD*: COL (X) EXTRANJERO ( )

*LIBRETA MILITAR*: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 93370765 D.M 55

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 7 MES NOV AÑO 1967

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Apulo

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

CARRERA 18 A No. 48-46 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2051668

EMAIL abarrerov.acolectiva.hco@gmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

*EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA*

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

| *EDUCACIÓN BASICA* | | | | | | | | | | | *TITULO* BACHILLER |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| *1°.* | *2°.* | *3°.* | *4°.* | *5°.* | *6°.* | *7°.* | *8°.* | *9°.* | *10°.* | *11°.* | MES DICIEMBRE AÑO 1985 |
| | | | | | | | | | | X | |

*EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)*

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

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICAESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).

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

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

| *MODALIDAD ACADÉMICA* | *No. SEMESTRES APROBADOS* | *GRADUADO SI* | *GRADUADO NO* | *NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO* | *TEMINACIÓN MES* | *TEMINACIÓN AÑO* | *No. DE TARJETA PROFESIONAL* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ES | 3 | X | | ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD | 3 | 2010 | 93370765 |
| ES | 3 | X | | MEDICO | 8 | 2004 | 93370765 |
| ES | 12 | X | | MEDICO(A) CIRUJANO(A) | 6 | 1993 | 2189/1997 93370765 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

Última Actualización: 22-ene-2019

## 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 ESE | X | | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | espublicosubredcentrooriente@gmail.com |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3444484 | DIA 16 MES 9 AÑO 2016 | DIA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| MEDICO ESPECIALIZADO | SALUD PUBLICA | CRA 12G 26 62 SUR |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
| HOSPITAL CENTRO ORIENTE ESE | X | | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | subredcentrooriente@gov.co |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 3444484 | DIA 15 MES 2 AÑO 2013 | DIA 15 MES 09 AÑO 2016 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| MEDICO ESPECIALIZADO | SALUD PUBLICA | DIAGONAL 34 No. 5- 43 |

## 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* |
| PUBLICO | 18 | 10 |
| PRIVADO | 0 | 0 |
| PARTICULAR | 0 | 0 |
| TOTAL | 18 | 10 |

## 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 INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

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

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

Última Actualización: 22-ene-2019

*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

22/01/2019

*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*

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

# FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

Ultima Actualizacion: 22-ene-2019

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS

**IDENTIFICADO CON C.C.** ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 93370765 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

**Dirección** CARRERA 18 A No. 48-46 SUR **Teléfonos** 3138526571 2051668

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| MIJAIL STIVEN BARRERO VALENCIA STIVEN | 98121007606 | HIJO(A) |
| INGRID AELITA BARRERO VALENCIA | 1010189297 | 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 | $ 39.000.000,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0,00 |
| TOTAL | $ 39.000.000,00 |

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

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| BBVA | AHORROS | 083054130 | BOGOTA | $ 0,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|

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

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

# FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

*ENTIDAD RECEPTORA*

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

SIDEAP

Última Actualización: 22-ene-2019

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

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

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|

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

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|

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

| NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO DOCUMENTO | NÚMERO DOCUMENTO |
|---|---|---|
| MARIA NELLY VALENCIA MEDINA | C.C ○ C.E ⊗ T.I. ○ | 267737 |

## 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 DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 22-ene-2019

CIUDAD Y FECHA

UNION DE REPUBLICAS SOCIALISTAS SOVIETICAS

# TITULO

III N. 1535.36

El presente título se otorga a Alexander Barrero Villalobos

y certifica que en el año 1947 ingresó en el Instituto Estatal de Medicina de Stavropol

y en el año 1953 terminó el curso completo de la Facultad Médica

en la especialidad de Medicina general

Por decisión de la Comisión Estatal de Exámenes el 22 de Junio de 1953 se le confirió a Alexander Barrero Villalobos el título de Medico general

Disposición especial de la Comisión Estatal de Exámenes: Se le confiere el título de Doctor en Medicina a Alexander Barrero Villalobos

El presente título da derecho a realizar cualquier clase de trabajo relacionado con la profesión y calificación otorgadas.

Firmas

Estatal el 22 de Junio de 1953

No de registro 227


CONSULADO DE COLOMBIA
EXENTO DE DERECHOS CONSULARES


MINISTERIO DE SALUD
Reconócese este título para todos
los efectos legales
Bogotá 2 - VII - 94
Resolución No. 02189
MINISTRO

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario 1653

Real Cédula del 21 de diciembre de 1653

Resolución 50 del 16 de septiembre de 1895

FACULTAD DE MEDICINA

Instituto de Ciencias de la Salud - CES

Resolución ICFES 1371 de septiembre 13 de 1982

Acuerdo ICFES 196 de junio 26 de 1991

FACULTAD DE MEDICINA

Por cuanto **Alexander Barrero Villalobos** C.C. Nº 93'370.765 de Ibagué

Egresado de la Universidad Instituto Estatal de Medicina Stavropol

ha cumplido con todos los requisitos exigidos, cursando y aprobando el correspondiente programa académico, de acuerdo con el convenio celebrado entre ambas instituciones le confieren el título de

# Especialista en Epidemiología

Registrado bajo el Nº 1202 Folio 28 Libro 15 y refrendado por el Secretario General del Colegio en la ciudad de Bogotá, D.C., República de Colombia, a los veinticinco (25) días del mes de agosto de dos mil cuatro (2004)

El Rector del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

El Rector del Instituto de Ciencias de la Salud - CES

El Director de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

El Director de la Facultad de Medicina del Instituto de Ciencias de la Salud - CES

El Secretario General del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

# LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

y en su nombre la

# Universidad Cooperativa de Colombia

Personería Jurídica, resolución 24.185 del 20 de Diciembre de 1982 del Ministerio de Educación Nacional

Certifica que

## Alexander Barrero Villalobos

CÉDULA DE CIUDADANÍA Nº 93370.765 DE IBAGUÉ

Ha cumplido con todos los estudios
que los estatutos universitarios exigen para optar al título de

# ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Le expide el presente diploma. En testimonio de ello
se firma en Bogotá, el día 25 de marzo de 2.010

Rector

Director de Posgrados

Director Nacional

Secretaria General

Registros y Diplomas

Anotado al folio No. 50 del libro de Registros y Diplomas No. 11 Refrendado en Bogotá el día 16 de marzo de 2010

ICFES
LA EDUCACION SUPERIOR

SECRETARIA GENERAL

RESOLUCION No. 0390 DE 19

( 14 MAR. 1996 )

**Por la cual** se convalida un titulo obtenido en el exterior

**EL SECRETARIO GENERAL del**

**INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR**

en uso de la delegación de funciones conferidas por la Resolución 0317 del 20 de febrero de 1995 y en especial de las atribuciones conferidas por la ley 30 de 1992 y el decreto 2589 de 1993, y

C O N S I D E R A N D O :

Que ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía No. 93.370.765 de Ibagué (Tol.), presentó ante este Instituto el título de MEDICO GENERAL, otorgado el 28 de junio de 1993, por el INSTITUTO ESTATAL DE MEDICINA DE STAVROPOL, Stavropol, Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas para su convalidación;

Que para esta convalidación se aplica el Convenio de Reconocimiento mutuo de estudios y títulos de Educación Superior entre el Gobierno de la República de Colombia y el Gobierno de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, suscrito en Bogotá el 23 de junio de 1986 y ratificado por ley 48a. de 1988;

Que el convalidante cumplió con las rotaciones fijadas como requisito previo para la respectiva convalidación;

Que de conformidad con las consideraciones anteriores y después de haber estudiado la documentación presentada en forma legal se llega a la conclusión de que es procedente la convalidación solicitada;

RESOLUCION NUMERO 0390 DE 19 14 MAR. 1996 HOJA No _____

Por la cual se convalida un título obtenido en el exterior a ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS

R E S U E L V E :

ARTICULO PRIMERO.- Convalidar y reconocer para todos los efectos académicos y legales en Colombia el título de MEDICO GENERAL, otorgado el 28 de junio de 1993, por el INSTITUTO ESTATAL DE MEDICINA DE STAVROPOL, Stavropol, Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, a ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS, ciudadano colombiano, con cédula de ciudadanía No. 93.370.765 de Ibagué (Tol.), como equivalente al título de MEDICO Y CIRUJANO , que otorgan las instituciones colombianas de educación superior, de acuerdo con la ley 30 de 1992.

PARAGRAFO.- La convalidación que se hace por el presente acto administrativo no exime al profesional beneficiario del cumplimiento de los requisitos exigidos por la ley que regula el ejercicio de la respectiva profesión.

ARTICULO SEGUNDO.- La presente resolución rige a partir de su expedición y contra la misma procede el recurso de reposición en la vía gubernativa, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación de conformidad con el Código Contencioso Administrativo.

COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a los 14 MAR. 1996

ORIGINAL FIRMADO POR:
GERMAN SILVA GARCIA

GERMAN SILVA GARCIA
Secretario General, encargado de las funcions
del Subdirector General Jurídico

ARIEL LYONS B.
Jefe (E) Oficina de Relaciones
Internacionales

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA

República de Colombia - Bogotá, D. C.

El suscrito Jefe de la División de Educación Médica de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

# HACE CONSTAR

Que en el Libro de Actas del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, el día 25 de AGOSTO del año 2004, fue aprobado el Título de Especialista en EPIDEMIOLOGIA

al Doctor ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS

C.C. 93.370.765 expedida en IBAGUE

Con las firmas del Rector, Doctor HANS PETER KNUDSEN QUEVEDO

El Decano, Doctor LEONARDO PALACIOS SÁNCHEZ

El Jefe de Educación Médica, Doctor ANGELA MARIA RUIZ STERNBERG

En constancia se firma en la ciudad de Bogotá, D. C., el día *VEINTICINCO* ( *25* )

del mes de *AGOSTO* del año *DOS MIL CUATRO* ( *2004* ).

Angela Maria Ruiz

**ANGELA MARIA RUIZ STERNBERG, M.D.**

El Jefe de Educación Médica

# UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983
Ministerio de Educación Nacional

Acta Individual de Graduación No. 1-02-2010

DEPENDENCIA: ESCUELA DE POSTGRADOS

PROGRAMA: GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

APROBACIÓN DEL PROGRAMA: SNIES 18185362658110011310O

FECHA: 25 DE MARZO DE 2010

LUGAR: UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA - BOGOTÁ

En atención a que ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS

con cédula de ciudadanía No. 93.370.765 de IBAGUE

Cumplió satisfactoriamente los requisitos exigidos por las normas legales y estatutarias, le expide el título de ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Lo anterior, atendiendo la autorización del Consejo Académico mediante acta

No. 02 en sesión del dia 10 de MARZO de 2010

Para constancia se suscribe por:

CESAR PEREZ GARCIA
Rector

JUAN CARLOS PEREZ SOTO
Director Seccional

FREDY NELSON OSORIO DONOSO
Director de Postgrado

GLORIA PATRICIA RAVE IGLESIAS
Secretario General

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

# *LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD*

# *CERTIFICA QUE:*

***Alexander Barrero Villalobos***

Con Número de cedula de ciudadanía: 93370765

*Los días 11 y 12 de marzo de 2.015, participó en el proceso de entrenamiento básico en asesoría y prueba voluntaria para VIH – Uso e Interpretación de Pruebas Rápidas para VIH e ITS, el cual tuvo una duración de 16 horas, en cumplimiento a la Resolución 2338 de 2013.*

*Total intensidad horaria: 16 horas*
*Bogotá, 2015*

*MARIA PATRICIA GONZÁLEZ CUELLAR*
***Directora***
***Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva***

BOGOTÁ
HUMANA

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social

# LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Personería Jurídica Resolución 24195 del 20 de Diciembre de 1983 por el Ministerio de Educación Nacional

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Certifica que:

## *Barrero Villalobos Alexander*

*CC. 93.370.765 de Ibagué*

Cumplió con las actividades académicas programadas con una intensidad de 150 horas y reunió los demás requisitos exigidos por las normas universitarias, por lo cual le expide el presente certificado que lo acredita como

## *Verificador de las Condiciones de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud*

En cumplimiento del Acuerdo 20 de 2007 del Consejo Nacional para el Desarrollo de Recurso Humano en Salud, donde se avala oficialmente a la Universidad para ofertar el presente diplomado, acorde a la resolución 077 de 2007 en cuanto a capacitación y entrenamiento de los profesionales encargados de la verificación.

Bogotá, Marzo de 2010

| Coordinador DIPLOMADO | Director SECCIONAL | Director ESCUELA DE POSGRADOS |
|---|---|---|

COLOMBIA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FORUM
Formación Permanente

Certifica que:

# Alexander Barrero Villalobos

Ha participado y aprobado el diplomado en:

## Direccionamiento y Gerencia

Con una intensidad de 120 horas

Bogotá D.C., Junio de 2004

Alfonso Cotes Villarreal
DIRECTOR GENERAL
FORUM - Universidad de La Sabana

Jenny Rincón Villamizar

Bogotá D.C

Señores:

TITULO CONVALIDADO EN MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL (ICFES)
(Nombre de la institución educativa en la que obtuvo el título que soporta el cargo actual)

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

TITULO MEDICO GENERAL Y CIRUJANO
(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 93370765

Tarjeta profesional No: 2189/97

Dirección de contacto: cll 43 Nº 57-14

Teléfono: 3078079

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, ALEXANDER BARRERO VILLAMIZAR en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

ESPECIALISTA GERENCIA EN SALUD.

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 93370765

Tarjeta profesional No: 93370765

Dirección de contacto: AV. CARACAS N° 37-63

Teléfono: 3323565

Scanned by CamScanner

Bogotá D.C

Señores:

UNIVERSIDAD NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

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

REF, autorización para consulta de títulos Académicos

Yo, ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS en consideración a que el artículo 15 de la Constitución Política establece que "todas las personas tienen derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el Estado debe respetarlos y hacerlos respetar" y de acuerdo con lo establecido por el literal c del artículo 4 de la ley 1581 de 2012, en el que se establecen los principios para el tratamiento de datos personales, en cuanto al principio de libertad "el tratamiento sólo puede ejercerse con el consentimiento, previo, expreso e informado del titular. Los datos personales no podrán ser obtenidos o divulgados sin previa autorización, o en ausencia de mandato legal o judicial que releve el consentimiento…."

De igual manera, teniendo en cuenta que la información solicitada en cuenta a datos personales en mi calidad de egresado, solo podrá ser suministrada con mi consentimiento previo y expreso, autorizo a ustedes a emitir respuesta a la **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** sobre la idoneidad de mi título académico como:

ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA

(Nombre del Título Obtenido)

Cordialmente;

Firma

No. de documento: 93370765

Tarjeta profesional No: 93370765

Dirección de contacto: Calle 12c # 6-25

Teléfono: 2970200

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

***EL HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL DE ATENCIÓN***
***EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOY UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS HOSPITAL CENTRO ORIENTE***

**HACE CONSTAR:**

Que en el archivo del Hospital reposan los contratos de Prestación de Servicios, con sus antecedentes que se relacionan a continuación suscritos con **ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS** con cédula de ciudadanía número **93.370.765**

**CONTRATO N° PP249/2013**

**Objeto:** Prestar servicios independientes como **MEDICO**
**Duración:** Suscripción 2013-02-07 Terminación 2014-02-01.
**Valor total de la contratación:** $63.793.080

**CONTRATO N° PP61/2014**

**Objeto:** Prestar servicios independientes como **MEDICO**
**Duración:** Suscripción 2014-02-01 Terminación 2015-01-30.
**Valor total de la contratación:** $68.590.000

**CONTRATO N° PP74/2015**

**Objeto:** Prestar servicios independientes como **MEDICO**
**Duración:** Suscripción 2015-02-01 Terminación 2016-01-31.
**Valor total de la contratación:** $57.996.540

**CONTRATO N° PP2016-462/2016**

**Objeto:** Prestar servicios independientes como **MEDICINA**
**Duración:** Suscripción 2016-02-15 Terminación 2016-07-15.
**Valor total de la contratación:** $33.205.822

La presente certificación se expide a solicitud del interesado el dia 30 del mes de agosto de 2016

**GISELLE INGRID PAVA ARIAS**
**Jefe Oficina Juridica**

Diagonal 34 5-43
Código Postal 110311174
Teléfono: 3444484
NIT: 830077644-5
www.esecentrooriente.gov.co
subcentrooriente@saludcapital.gov.co

PREMIO NACIONAL DE ALTA GERENCIA 2011
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS
SECRETARÍA DE SALUD
Hospital Centro Oriente - Subred Centro Oriente E.S.E.

# Ambiká

*Comunidad Indígena - Etnia Pijao - Bogotá*

ENTIDAD PÚBLICA DE CARÁCTER ESPECIAL • NIT: 830095-820-1

*Comunidad avalada mediante OFI05-18304 del 9 de Noviembre de 2005*

*Ministerio del Interior y Justicia • Dirección de Etnias • Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.*


**EL SUSCRITO GOBERNADOR DEL CABILDO INDÍGENA AMBIKÁ – ETNIA PIJAO – BOGOTÁ**

**CERTIFICA QUE:**

El Doctor **ALEXANDER BARRERO** identificado con Cedula de Ciudadanía No.93.370.765 de Ibagué, ha laborado en los Contratos de Medicina Tradicional que ha ejecutado el Cabildo como Profesional en Salud desde el año 2009.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado con destino a su hoja de vida.

Para constancia se firma a los Quince (15) días del mes de Febrero del año Dos mil Doce (2012).

Atentamente,

**LUIS ENRIQUE TAPIERO**
Gobernador-Autoridad Tradicional
CC 79.485.748 de Bogotá


*Cra 3B Este No. 92 A - 23 Sur • B. Virrey – Usme • Tel.: 7648163 • celular 3138066477*
*Cra. 17 A No. 76 A-03 Sur B .El Reflejo II Loc.19*
*e-mail: cabildoambikapijao@yahoo.es- Luisambika@gmail.com*
*http//:cabildoambikapijao.blogspot.com*

**LA SUSCRITA COORDINADORA DE**

**SET LABORAL S.A.S.**

**CERTIFICA**

Que **ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS**, identificado(a) cc cedula de ciudadanía No. **93.370.765**, esta laborando cc nosotros desde el **DIECISEIS (16) DE JUNIO DE 200** desempeñando el cargo de **MEDICO EPIDEMIOLOGO** en l unidad de negocios **HOSPITAL DE USME E.S.E.**, con un contrat por obra o labor.

**TOTAL DEVENGADO $ 2.436.468**

Se expide en Bogotá D.C. a la solicitud del interesado, el di **DIECIOCHO (18) DE MARZO DE 2010**.

Atentamente: SET LABORAL NIT. 900253353-4

**G. YANET GOMEZ VALENCIA**
**Coordinadora SET LABORAL S.A.S. USME**
**TE. 7660666 EXT. 116**

grupo laboral

**LA DIRECTORA ADMINISTRATIVA**

**DE GRUPO LABORAL SALUD C.T.A.**

**CERTIFICA**

Que **ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS** identificada con Cedula de ciudadania No. **93.370.765**, esta afiliado(a) a esta Cooperativa desde el **VENTICINCO (25) DE AGOSTO DE 2008 HASTA EL QUINCE (15) DE JUNIO DEL 2009**, prestando sus servicios como **MEDICO EPIDEMIOLOGO** en la unidad de negocios **HOSPITAL DE USME E.S.E.**, con convenio asociativo.

Se expide en Bogotá D.C. a la solicitud del interesado, el dia **DIECIOCHO (18) DE MARZO DE 2010**.

Atentamente;

grupo laboral

**ROSALBA SANTOS MUÑOZ**
**Directora Administrativa**

Carrera 61 No. 100 - 56 Tel: 271 1007 - 271 1004 Telefax 617 6087
e-mail: grupo.laboral@hotmail.com
Bogotá, D.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 93.370.765

BARRERO VILLALOBOS

APELLIDOS

ALEXANDER

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 07-NOV-1967

APULO
APULO (RAFAEL REYES) (CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

04-DIC-1985 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-1500100-00026022-M-0093370765-20080721 0001341806A 1 1680018281

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14463593149

(415)7707212489584(8020) 000001446359314 9

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

## IDENTIFICACION

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de Identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de ciudadanía 1 3 | 9 3 3 7 0 7 6 5 | 1 9 8 5 1 2 0 4 |

| Lugar de expedición 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Tolima 7 3 | Ibagué 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BARRERO | VILLALOBOS | ALEXANDER | |

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Sigla:

## UBICACION

| 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
CR 18 A 48 46 SUR BRR TUNALITO

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| alebarvill@yahoo.es | | 2 0 5 1 6 6 8 | 3 1 3 8 5 2 6 5 7 1 |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 2 | 2 0 0 0 0 5 1 7 | 8 6 2 1 | 2 0 0 0 0 5 1 7 | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 53. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 2 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

12- Ventas régimen simplificado

### Obligados aduaneros

| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 8 0 3 2 6

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

984. Nombre BARRERO VILLALOBOS ALEXANDER
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 26-03-2018 07:55:47AM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Scanned by CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE HACIENDA

**DIRECCIÓN DISTRITAL DE IMPUESTOS**
**REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT**

**INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE**

Fecha: 26-03-2018
Hora: 8:39:50 AM


**CONTRIBUYENTE** NIT 93370765-0 ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS

**Información General**

*Dirección* CR 18A 48 46 SUR BRR TUNALITO

*Teléfonos* 2051668-3138526571

*Dirección electrónica* alebarvill@yahoo.es

*Fax*

**Información de Registro**

*Fecha Inscripción* 06/02/2013

*Soporte Inscripción* 15151062

*Fecha Inicio Actividades* 02/07/2001

*Fecha Cese Actividades*

*Fecha de Informe del Cese*

*# Establecimientos:* 0

**Perfil Tributario**

*Naturaleza Juridica* PERSONA NATURAL

*Régimen Tributario* REGIMEN SIMPLIFICADO

Actividad 1: 86921-ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE

Actividad 2: 86211-ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION (EXCEPTO ACTIVIDADES DE PROMOCION U PREVENCION QUE REALICEN LAS ENTIDADES E INSTITUCIONES PROMOTORAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE NATURALEZA PUBLICA O PRIVADA, CON RECURSOS QUE PROVENGAN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD).

Actividad 3: -

Actividad 4: -

Actividad 5: -

*Fecha Inicio Financiera:*

Código de Verificación de Información: 18002814720

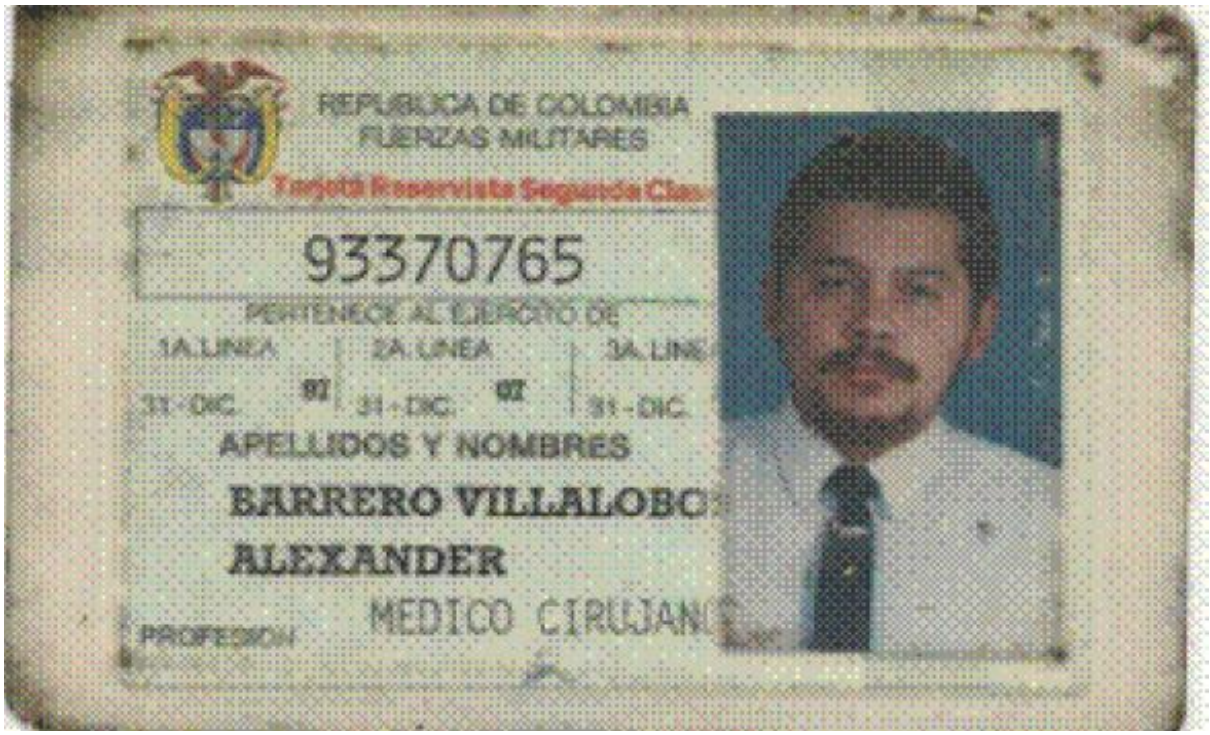
***Fuente ICA TE TOCA***

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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



Scanned by CamScanner



REPUBLICA DE COLOMBIA
FUERZAS MILITARES

Tarjeta Reservista Segunda Clase

93370765

PERTENECE AL EJERCITO DE

| 1A. LINEA | 2A. LINEA | 3A. LINEA |
|---|---|---|
| 31-DIC. 97 | 31-DIC. 97 | 31-DIC. |

APELLIDOS Y NOMBRES

BARRERO VILLALOBO

ALEXANDER

PROFESION MEDICO CIRUJANO


SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD
CERTIFICADO DE INSCRIPCION
MD
BARRERO VILLAL
MEDICO CIRUJANO


REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO
Registro Nº
Firma Médico
Nombres y Apellidos
ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS
C.C.
C. 93.370.765 De IBAGUE
Ciudad
Universidad
ESTATAL DE STAVROPOL RUSIA
Código 19693
Fecha de Expedición

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD

TARJETA PROFESIONAL DE MEDICO

Registro N° 01 - 2189/93

Firma Médico

Nombres y Apellidos

ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS

C.C. o C.E. C. 93.370.765 De IBAGUE

Universidad Ciudad

ESTATAL DE STAVROPOL RUSIA

Imagen1.gif

Código 19693 Fecha de Expedición 07/09/93

Claro 9:21 a. m.

web.sispro.gov.co/THS/(

## ReTHUS

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

Tipo de Identificación *: Cédula de Ciudadanía

Número de Identificación *: 93370765

Primer Nombre *: Alexander

Primer Apellido *: Barrero

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

### Resultado General

| Tipo Identificación | Nro. Identificación | Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Detalles |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 93370765 | ALEXANDER | | BARRERO | V. | Ver |

### Información Detallada [CC: 93370765] ALEXANDER BARRERO V.

#### Información Académica

| Tipo Programa | Origen Obtención Título | Profesión u Ocupación | Fecha desde que puede ejercer | Entidad Reportadora |
|---|---|---|---|---|
| UNV | Local | Medicina | 1997/7/02 | MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL |

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).

Bogotá, Fecha

Señores
TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA
Ciudad

Ref: Solicitud de Informe antecedentes disciplinarios.

Yo ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 93370765 de IBAGUE (TOL.), con Registro médico o Tarjeta Profesional No. 2189/97 Expedida por MINISTERIO de SALUD y egresado(a) de la Universidad de ESTATAL de STAVROPOL (RUSIA) solicito la expedición del informe de mis antecedentes disciplinarios, con motivo de LABORALES

Adjunto los soportes;

☒ Fotocopia de la cedula de ciudadanía.
☒ Fotocopia de Tarjeta Profesional o Registro médico..
☐ Fotocopia de Resolución.

Autorizo a _____, con cedula No. _____ de _____ para que retire el certificado.

Atentamente;

Dr. Alexander Barrero V.
Médico General
RM: 93370765 S.D.S.
U.C.O. - TS MARTIRES - ERI

Firma

C.C. 93370765 de IBAGUE (TOL.)

RM. 2189/97

14 DIC. 2016.

Scanned by CamScanner

# HOSPITAL CENTRO ORIENTE

**SEDE SAMPER MENDOZA**

**A.R.L. SURA**

Bogotá, Septiembre 03 de 2015

**ANALISIS REALIZADO :**

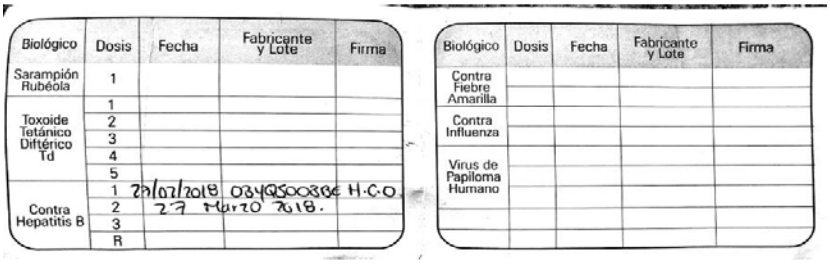
**HEPATITIS B, Anti - HBs**

METODO : Quimioluminiscencia

| Titulos Anticuerpos HBs | | | |
|---|---|---|---|
| Menor de | | 10 | mUI/mL |
| 10 | - | 100 | mUI/mL |
| 100 | - | 1000 | mUI/mL |
| 1000 | - | 10000 | mUI/mL |
| Mayor de | | 10000 | mUI/mL |

| Tiempo de Protección | |
|---|---|
| Es necesario vacunar o aplicar refuerzo | |
| 6 | meses |
| 2 | años |
| 3 - 5 | años |
| 6 | años |
| Después de 6 años aplicar dosis de refuerzo | |

| CONS | NOMBRE | CEDULA | EDAD | SEXO | Anti-HBs mUI/mL |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | AVELLA GASCA EDILBERTO | 17.643.976 | 46 | M | 142,0 |
| 2 | AVILA ROMERO ELSA PIEDAD | 41.742.714 | 55 | F | 69,6 |
| 3 | BARRERO VILLALOBOS ALEXANDER | 93.370.765 | 47 | M | 18,1 |
| 4 | BECERRA MARIA HELENA | 41.698.162 | 55 | F | 190,0 |
| 5 | BELTRAN RAMIREZ MARIA CLAUDIA | 39.725.080 | 40 | F | 147,0 |
| 6 | BETANCOURT CAICEDO MARGOT | 51.577.523 | 55 | F | 395,0 |
| 7 | CABALLERO BECERRA JOSE FRANCISCO | 79.426.886 | 48 | M | > 2000 |
| 8 | CANDIA CASTILLO CELIA EMILENA | 51.813.827 | 50 | F | 922,0 |
| 9 | CANOSA TRUJILLO IVON JULIETA | 49.673.347 | 30 | F | > 2000 |
| 10 | CARDENAS MOSQUERA LINA CONSTANZA | 52.767.388 | 35 | F | > 2000 |
| 11 | CASTILLO JOYA LUIS ALFREDO | 79.463.431 | 47 | M | 39,2 |
| 12 | CERVANTES MONTES JOHANNA ENITH | 52.151.794 | 40 | F | > 2000 |
| 13 | CONTRERAS MOYANO RUTH EMILCE | 52.025.312 | 42 | F | 33,4 |
| 14 | CUBILLOS ALARCON MARIA DEL CARMEN | 20.368.153 | 56 | F | > 2000 |
| 15 | DIAZ GUEVARA DIANA MARCELA | 53.115.261 | 31 | M | 37,3 |
| 16 | DIAZ MIREYA | 1.013.604.712 | 26 | F | > 2000 |
| 17 | DOMINGUEZ SALAZAR FRANCY | 52.272.090 | 39 | F | > 2000 |
| 18 | FONTALVO GARCIA CLAUDIA INES | 51.978.522 | 44 | F | < 3,0 |
| 19 | FORERO VEGA NASLY YUSELLY | 52.199.117 | 36 | F | < 3,0 |
| 20 | GALLO ALZATE JAIME AUGUSTO | 17.149.652 | 55 | M | 85,5 |
| 21 | HERNANDEZ PRIETO SOLANGEL | 1.032.438.387 | 25 | F | > 2000 |



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | 1 | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico Td | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | 29/07/2018 | 0349500386 H.C.O. | |
| | 2 | 27 Enero 2018. | | |
| | 3 | | | |
| | R | | | |

| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Contra Fiebre Amarilla | | | | |
| Contra Influenza | | | | |
| Virus de Papiloma Humano | | | | |



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

*Consérvelo*

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

Libertad y Orden

*POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO*

MinSalud

PROSPERIDAD PARA TODOS

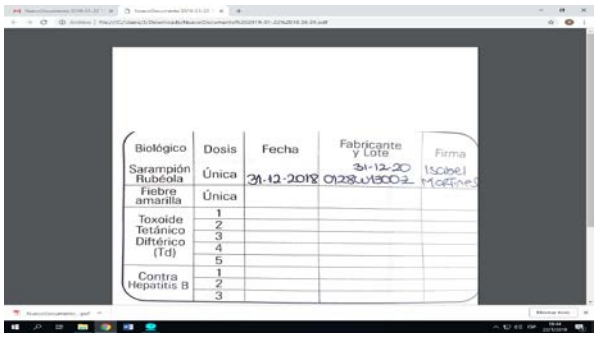
Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: Alexander

Apellidos: Barrero Villalobos

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 93370765

Fecha de Nacimiento: Día 01 Mes 11 Año 1967



| Biológico | Dosis | Fecha | Fabricante y Lote | Firma |
|---|---|---|---|---|
| Sarampión Rubéola | Única | 31-12-2018 | 31-12-20 01238U1800-2 | Isabel Martinez |
| Fiebre amarilla | Única | | | |
| Toxoide Tetánico Diftérico (Td) | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| | 4 | | | |
| | 5 | | | |
| Contra Hepatitis B | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

Inicio Imprimir

Juan Bautista
SALUD OCUPACIONAL

MEDICINA OCUPACIONAL - AUDIOMETRÍA - OPTOMETRÍA - ESPIROMETRÍA - VALORACIÓN PSICOTÉCNICA - PSICOMETRÍA - LABORATORIO CLINICO - ASESORÍA OCUPACIONAL

Av. Carrera 30 No. 46-86 Teléfonos: 7444003 - Barrio Belalcazar - Bogotá D.C.
www.ocupacionaljb.com

## CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL



| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EXAMEN: | INGRESO | FECHA CERTIFICADO: | 1/12/2017 11:06:19 AM | EMPRESA: | PARTICULAR | CARGO | CONTRATISTA |
| NOMBRE: | ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS | CEDULA: | 93370765 | EDAD | 50 Años | TELEFONO | 3138526571 |

**CONCEPTO APTITUD**

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONCEPTO | SI | CONCEPTO | SI |
| APTO | X | | |
| ESPECIFIQUE | | | |

**SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR/ASPIRANTE SE EVALUO EN LOS SIGUIENTES EXAMENES PARACLINICOS**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ENFASIS OSTEOMUSCULAR | X | | |

**RECOMENDACIONES**

1. EJERCICIO REGULAR PAUSAS ACTIVAS HIGIENE POSTURAL. USO DE LENTES DE CORRECCIÓN VISUAL. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA. DIETA BAJA EN GRASAS, HARINAS Y AZUCARES. VALORACIÓN POR MÉDICO GENERAL EN EPS. VALORACION POR NUTRICION EN EPS
2.
3.

**REMISION A EPS: NO**

Yo, ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS Identificado(a) con C.C. No.93370765, de manera libre y voluntaria autoricé al profesional abajo mencionado a realizar el examen médico y/o examenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización del examen médico ocupacional y/o examenes complementarios. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo confidencial que le dé JUAN BAUTISTA SALUD OCUPACIONAL a la misma. Autorizo que se suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del Sistema de Gestion en Salud y Seguridad en el trabajo.

ESTA CERTIFICACIÓN SE EXPIDE CON BASE EN LA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DEL PACIENTE, LA HISTORIA CLINICA ES UN DOCUMENTO PRIVADO Y SOMETIDO A RESERVA DEL PRESTADOR DEL SERVICIO DE SALUD, SEGÚN RESOLUCION 2346 DE 2007 DEL MINISTERIO DE SALUD, DECRETO2174 DE 1996 Y RESOLUCION 1918 DE 2009.

| | |
|---|---|
| Claudia Rocio Peña Espinosa<br>Médico Especialista Salud Ocupacional<br>CC 52068.782<br>L.S.O. Res. 25-0814 de 2013<br>CLAUDIA PEÑA<br>Médico Especialista | Aspirante o Trabajador |
| Claudia Rocio Peña Espinosa R.M. 52068783<br>L.S.O. 25-0814 de 2013 | ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS C.C. No.:93370765 |

FOR-PSI-02

Scanned by CamScanner

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

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO**
**FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL**

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

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

| FECHA: | 2019-01-22 | CIUDAD: | BOGOTA | DEPARTAMENTO: | BOGOTA |
|---|---|---|---|---|---|

Distiguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitira adelantar el Proceso de Conocimiento del Cliente, de conformidad con el Numeral 5.2.2.2.2.1. de la Circular Externa No 009 de 2016, de la Superintendencia Nacional de Salud. La realizacion de este proceso es de caracter obligatorio para la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Politicas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administracion del Riesgo de Lavado de Activos y Financiacion del Terrorismo.

### CLASE O TIPO DE VINCULACION LA EMPRESA (MARCA CON X)

| PROVEEDOR | PARTICULAR | CONTRATISTA OPS | SERVIDOR PUBLICO | OTRO | CUAL: | OTRO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ | | |

### 1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| BARRERO | VILLALOBOS | ALEXANDER | |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | No IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. ☒ | C.E. ☐ | R.C. ☐ | NUIP ☐ | 93,370,765 | IBAGUE | 1985-12-04 |
| PASAPORTE ☐ | OTRO ☐ | CUAL: | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI ☒ NO ☐ | |

| FECHA NACIMIENTO: | LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio) | PAIS NACIMIENTO | NACIONALIDAD: |
|---|---|---|---|
| 1967-11-07 | APULO-CUNDINAMARCA | COLOMBIA | COLOMBIANO |

| ESTADO CIVIL | | | | PERSONA A CARGO | NUMERO DE HIJOS | TELEFONO CELULAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| SOLTERO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ | CASADO(A) ☒ | DIVORCIADO(A) ☐ | UNION LIBRE ☐ | 2 | 3 | 3138526571 |

| NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA | | | | | | | PROFESION/ OFICIO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MAGISTER ☐ | POSGRADO ☒ | UNIVERSITARIO ☐ | BACHILLER ☐ | PRIMARIA ☐ | CUAL: | OTRO | MEDICO |
| TECNICO ☐ | TECNOLOGO ☐ | | | OTRO ☐ | | | |

| DIRECCION RESIDENCIA: | CIUDAD RESIDENCIA | DEPARTAMENTO: | PAIS RESIDENCIA: | TELEFONO RESIDENCIA |
|---|---|---|---|---|
| CR 18 A No.48-46 SUR | BOGOTA | BOGOTA | COLOMBIA | 2051668 |

| CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: | PORTAL O PAGINA INTERNET | TIPO DE VIVIENDA | | |
|---|---|---|---|---|
| alebarvill@gmail.com | | PROPIA ☒ | FAMILIAR ☐ | ARRENDADA ☐ |

| DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (Si tiene) | CIUDAD: | DEPARTAMENTO: | PAIS: | TELEFONO/FAX |
|---|---|---|---|---|
| NA | NA | NA | NA | NA |

### 2. DATOS DEL CONYUGE

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| VALENCIA | MEDINA | MARIA | NELLY |

| TIPO DE IDENTIFICACION | | | | NUMERO IDENTIFICACION | LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio) | FECHA EXPEDICION (AAAA/MM/DD) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| C.C. ☐ | C.E. ☒ | R.C. ☐ | NUIP ☐ | 267737 | BOGOTA | 1994-11-17 | |
| PASAPORTE ☐ | OTRO ☐ | CUAL: | | | ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI ☒ NO ☐ | NACIONALIDAD: | PERUANA |

### 3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA:

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

| INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: | DECLARA RENTA | | | | | CODIGOS CIIU ACTIVIDAD ECONOMICA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SI ☒ | IVA | SI ☐ | NO ☒ | 8692 | 8621 |
| | | NO ☐ | ICA | SI ☒ | NO ☐ | PRINCIPAL: ☐ | SECUNDARIA: ☐ |

| GRAN CONTRIBUYENTE | | AGENTE RETENEDOR | | AGENTE AUTORETENEDOR | |
|---|---|---|---|---|---|
| SI ☐ | NO ☒ | | SI ☐ NO ☒ | | SI ☐ NO ☒ |

| FUNCIONARIO PUBLICO | ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS | NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA |
|---|---|---|
| SI ☒ NO ☐ | SI ☐ NO ☒ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE |

| ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA | | | | | | NIT | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| GOBIERNO ☐ | COMERCIAL ☐ | VICIOS ☐ | LUD ☒ | | | NIT | 900.959.051 |

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

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**ESTRATÉGICO – GESTIÓN DE CALIDAD Y VOZ DEL USUARIO**
**FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL**

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

EXPORTACIONES ☐ AGRICOLA ☐ ENERGETICA ☐ NANCIERA ☐ ANSPORTE ☐ NOLOGIA ☐ MENTOS MI ☐ AMENTOS ☐

OTRA ☐ CUAL: X

| DIRECION DE LA EMPRESA | TELEFONO | CIUDAD/MUNICIPIO | DEPARTAMENTO | PAIS |
|---|---|---|---|---|
| DIAGONAL 34 5 43 | 3444484 | BOGOTA | BOGOTA | COLOMBIA |

| CARGO ACTUAL | PROFESIONAL EN SALUD MEDICO ESPECIALIZADO | FECHA VINCULACION(AAAA/MM/DD) | 2016-09-04 |
|---|---|---|---|

**4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO**

| NUMERO DE EMPLEADOS | VENTAS ANUALES | CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA | DESCRIPCION ACTIVIDAD | FECHA CONSTITUCION | TIPO SOCIEDAD |
|---|---|---|---|---|---|
| NA | NA | NA | NA | NA | NAS |

**5. INFORMACIÓN FINANCIERA**

| INGRESOS MENSUALES | | EGRESOS MENSUALES | | ACTIVOS | | PASIVOS | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SALARIOS | | GASTOS FAMILIARES | 1,000,000 | AHORROS | | SALDO HIPOTECA | |
| HONORARIOS | 3,600,000 | ARRIENDOS | | INVERSIONES | | TARJETAS DE CREDITO | 90,000,000 |
| ARRIENDOS | | CUOTA VEHICULO | | VEHICULOS | 20,000,000 | DEUDA VEHICULOS | |
| COMISIONES | | CUOTA VIVIENDA | 1,500,000 | PROPIEDADES | 300,000,000 | DEUDAS TERCEROS | 150,000,000 |
| OTROS INGRESOS* | | OTROS EGRESOS* | 1,000,000 | OTROS ACTIVOS* | | OTROS PASIVOS* | |
| TOTAL INGRESOS | 3,600,000 | TOTAL EGRESOS | 3,500,000 | TOTAL ACTIVOS | 320,000,000 | TOTAL PASIVOS | 240,000,000 |

| DESCRIPCION OTROS INGRESOS | DESCRIPCION OTROS EGRESOS | DESCRIPCION OTROS ACTIVOS | DESCRIPCION OTROS PASIVOS |
|---|---|---|---|
| NA | NA | NA | NA |

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

| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO: | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE |
|---|---|---|---|
| MONSALVE | | MATILDE | |
| **DIRECCION** | **CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS** | **TIPO RELACION** | **TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR** |
| CRA 18 A 48 57 SUR | BOGOTA COLOMBIA | VECINA | 7697576 |

**7. REFERENCIA FINANCIERA**

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | SUCURSAL | TELEFONO |
|---|---|---|---|---|
| BBVA | AHORROS | 83054130 | TUNAL | 5528790 |

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: SI ☐ NO ☒

| NOMBRE ENTIDAD | TIPO DE PRODUCTO | NUMERO | PAIS/CIUDAD | MONEDA | MONTO PROMEDIO |
|---|---|---|---|---|---|
| NA | NA | NA | NA | NA | NA |

DESCRIPCION DEL TIPO DE OPERACIONES EN MONEDA EXTRAJERA REALIZADAS:

IMPORTACIO ☐ EXPORTACION ☐ TRANSFERENCIAS ☐ PRESTAMOS ☐ PAGO SERVICIOS ☐ RA ☐

CUAL: NA

**8. DECLARACION DEL ORIGEN DE LOS DINEROS /FONDOS**

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

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

PROFESIONAL EN SALUD-MEDICO

2. Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilicita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique)
3. No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilicitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que lo adicione, complemente o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
4. Asi mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE se destinaran a actividades licitas.
5. Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
6. Cuando a ello haya lugar, autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE a dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE en el caso de infracción de cualquiera de los numerales anteriores o en el eventual caso de que por aplicación de normas sancionadas con posterioridad a la firma de este documento se modifiquen las declaraciones por mi efectuadas, eximiendo por lo tanto a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE de toda responsabilidad que se derive por información errónea, falsa o inexacta que yo hubiere proporcionado en este documento, o de la violación del mismo.
7. Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

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

1. Original Certificado de Existencia y Representacion Legal con vigencia no superior a noventa ( 90 ) dias, expedido por la Camara de Comercio.(Para Comerciantes)
2. Fotocopia del Registro Unico Tributario RUT.
3. Fotocopia Inscripcion en el Rit Distrital.
4. Fotocopia del documento de identificacion, ampliada al 150%.
5. Fotocopia Declaracion de Renta del ultimo periodo gravable declarado ( si esta obligado a declarar)
6. Estados Financieros del ultimo periodo disponible, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados segun sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
**APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Publico.
NOTA: Todos los concepto de ingreso deben estar debidamente soportados.( Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

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

**CONSIDERACIONES**

1. Que los datos personales solicitados en el presente formulario de Conocimiento del Cliente son regidos atendiendo las disposiciones e instrucciones impartidas por la Superintedencia Nacional de Salud y los estandares internacionales para la Prevencion y el Control del Lavado de Activos y la Financiacion del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del 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 que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilizacion no requeriria de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se trataran observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos tambien seran tratados para fines comerciais, razon por la cual procedo a emitir la siguiente:

**AUTORIZACION**

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por LA ESE, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE, con Nit 900.959.051-7, ubicada en la Diagonal 34 No 5 - 4 3, teléfono 3 44 44 84 y/o cualquier entidad o Unidad Prestadora de Servicios de Salud, controlada directa o indirectamente por la misma Entidad antes mencionada.

**Declaro expresamente:**
A. Que para efectos de acceder a la contratación y/o prestacón de servicios por parte de la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestacion de servicios de salud.
B. Que la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, me han informado, expresamente:
1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por le ESE y/o sus Unidades Prestados de Servicios de Salud, para las siguientes finalidades: a) El trámite de solicitud de vinculación como consumidor, cliente, deudor, contraparte contractual, Servidor Publico, Contratista por OPS y/o proveedor de bienes y servicios. b) El proceso de negociación de contratos con la ESE y/o alguna de sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, incluyendo la determinacion de tarifas y analisis y seleccion de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidacion y pago de cuentas. f) Todo lo que involucre la gestion integral de los bienes y servicios contratados. g) Controlar el cumplimiento de los requisitos para accedere a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos , estadisticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacion de clientes y usuarios y ofertas comerciales de venta de servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud. j) Realizacion de encuestas sobre satisfaccion en los servicios prestados por la ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envio de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finanlidades mencionadas a: a) Las peronas juridicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o Unidades Prestadodas de Servicios de Salud. b) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con la ESE y/o las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañias de asistencia medica, abogados internos y exteernos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebracion, ejecución, terminacion y liquidacion de contratos de compra-venta de bienes y servicios . d) Las personas con las cuales la ESE y/o Unidades Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebracion de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquir otra persona juridica legalmente autorizada para la administracion de bases de datos para efectos de la prevension y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, asi como para la elaboracion de estudios técnicos y estadisticos.
4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.
5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me haran sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas, que lo he hecho de manera voluntaria, por lo que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de datos sensibles, en especial, los relativos de la salud y los datos biométricos. En todo caso, para efectos del presente formulario de conocimiento del cliente o contraparte, se debe tener en consideración que el capitulo XI del Titulo I de la Circular Básica Juridica de la Superintendencia Financiera de Colombia y Circular Externa 009 de la Superintendencia Nacionalde Salud, exigen las mismas.
6.DATOS PERSONALES DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En onsecuencia, no hemos sido obligados a responderlas.

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

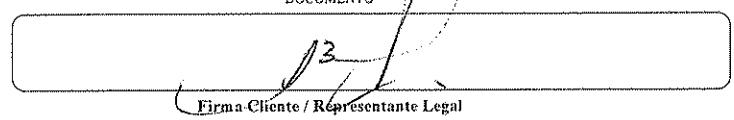
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y/o sus Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización.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

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

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

**IX. FIRMA Y HUELLA**

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



**Firma Cliente / Representante Legal**



**Huella Indice Derecho**

| **X. INFORMACION DE ENTREVISTA** | | | | **XI. INFORMACION DE VERIFICACION DE INFORMACION** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1.Fecha** | | **2. Ciudad** | | **1. Fecha:** | | **2. Ciudad** | |
| **3.Nombre del funcionario o Asesor:** | | | | **3. Nombre y Cargo de quien verifica:** | | | |
| **4. Lugar de la Entrevista:** | | | | **4. Lugar de la verificación:** | | | |
| **5. Observaciones:** | | | | **5. Observaciones:** | | | |
| **6. Resultado de la Entrevista:** | ACEPTADO ☐ | RECHAZADO ☐ | | **6. Firma y cédula:** | | | |
| **7. Firma y Cédula** | | | | | | | |

Certificación de afiliación

# Certificado de Afiliación

El Señor ALEXANDER  BARRERO VILLALOBOS , identificado con Cédula Ciudadanía 93.370.765, Presenta los siguientes datos, referentes al Plan Obligatorio de Salud POS en nuestra EPS044.

## Información del Afiliado:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre: | ALEXANDER  BARRERO VILLALOBOS | | |
| Número de identificación: | 93370765 | Tipo Identificación: | Cédula Ciudadanía |
| Fecha afiliación (dd/mm/aaaa): | 01/08/2017 | Fecha de retiro: | |
| Estado actual: | VIGENTES | Razón de estado: | Al día - empleador pago al día |
| Tipo de Afiliado: | COTIZANTE | Nombre de Régimen | CONTRIBUTIVO |
| Dirección actual de residencia: | TRANSVERSAL 18B 48 - 46 SUR | Municipio residencia: | Bogotá D.C. |
| Teléfono actual de residencia: | 2051668 | Depto. Residencia: | SANTAFE DE BOGOTA DC |

| Documento Aportante | Razón Social | Fecha Inicio | Fecha Fin |
|---|---|---|---|
| 93370765 | ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS | 01/08/2017 | |

## Información de los beneficiarios:

| Tipo de Afiliado | Identificación | TD | Nombre | Fecha afiliación | Estado | Fecha retiro | Parentesco |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Señor afiliado por favor verifique sus datos básicos y de ser necesario realice la actualización de los mismos comunicándose con los siguientes teléfonos en Bogotá: 6510777 y en el resto del país 018000120777.**

Se firma y expide en Bogotá a los 22  días del mes de Enero de 2019, a solicitud del interesado.

**INFORMACION NO VALIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACION**

**SEÑOR USUARIO: RECUERDE QUE EL TRASLADO DE EPS ES UN MANEJO ENTRE LAS MISMAS.**
**DECRETO 806 ART. 55**

CORDIALMENTE



**Jairo Enrique Lancheros**

**Gerente de Operaciones**

Elaboro:

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

## CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de Afiliados, el Señor (a) **ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS** identificado (a) con **Cédula de Ciudadanía** número **93370765,** se encuentra afiliado (a) desde **24/07/1986** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida - RPM, administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES** y su estado es *ACTIVO COTIZANTE*.

| INFORMACIÓN HISTÓRICA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Novedad | Código Entidad | Entidad Definitiva | Fecha | MultivinculaciónDecreto 3995/2008 |
| Vinculación Inicial | 23 | COLPENSIONES | 01/05/1994 | No Multivinculado |
| Traslado Aprobado de COLPENSIONES o a un Fondo de Pensión | 10 | CITI COLFONDOS | 01/09/1999 | No Multivinculado |
| Traslado Aprobado de un Fondo de Pensión a COLPENSIONES | 23 | COLPENSIONES | 01/04/2016 | No Aplica |

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 22 de enero de 2019.

**Rosa Mercedes Niño Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

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

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO<br>FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES | CÓDIGO: AP-IA-FT-024<br>VERSIÓN: 03<br>FECHA: 2017-08-04 |
|---|---|---|

DILIGENCIAR EN LETRA LEGIBLE

| 93370765 | | | Seguros Bolivar |
|---|---|---|---|
| Numero de Documento | | | ARL |
| ALEXANDER | | BARRERO | VILLALOBOS |
| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |
| 07/11/1967 | Apulo (cund.) | Kr 18A # 48-46 Sur | 2051668 |
| F. Nacimiento dd/mm/aa | Ciudad de Nacimiento | Dirección de Residencia | Teléfono Fijo |
| MEDIMAS | colpensiones | $ 3600.000 = | |
| EPS - Salud | AFP - Pensiones | Honorarios | |
| Profesional Perfil Clínico Salud Ocupacional MEDICO | | | |
| Objeto Contractual (Cargo) | | Fecha Inicio del Contrato | |
| alebarvill@gmail.com | | 3138526571 | |
| Correo Electrónico | | Celular | |
| Firma del Afiliado | | Firma y Nombre Supervisor del Contrato | |
| | | C.C. | |

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

# CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

## CERTIFICADO ORDINARIO No. 121047078

WEB
09:56:22


Bogotá DC, 22 de enero del 2019

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) ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 93370765:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

**ADVERTENCIA:** La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de providencias ejecutoriadas dentro de los cinco (5) años anteriores a su expedición y, en todo caso, aquellas que se refieren a sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes en dicho momento.Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 174 Ley 734 de 2002).

**NOTA:** El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ
Jefe División Centro de Atención al Público (CAP)

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

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

# LA CONTRALORIA DELEGADA PARA INVESTIGACIONES, JUICIOS FISCALES Y JURISDICCIÓN COACTIVA

## CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 22 de enero de 2019, a las 09:59:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

| | |
|---|---|
| Tipo Documento | CC |
| No. Identificación | 93370765 |
| Código de Verificación | 93370765190122095917 |

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

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

SORAYA VARGAS PULIDO
CONTRALORA DELEGADA

Digitó y Revisó: WEB

Personería de Bogotá, D. C.

**CERTIFICADO ORDINARIO VÍA VENTANILLA**
**No. 2714129**

**Bogotá D.C., 22 de Enero de 2019 - 10:00 am**

**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., la identificación CÉDULA DE CIUDADANÍA No: **NOVENTA Y TRES MILLONES TRESCIENTOS SETENTA MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS**

**93370756**

**NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES**

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

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

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

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

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

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

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

Certificado expedido sin costo alguno.

Rosalba Jazmin Cabrales Romero.

ROSALBA JAZMÍN CABRALES ROMERO
Jefe Oficina Asesora Jurídica

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



**El código de verificación para la autenticidad del documento es: 1_U9EL2_0010**
**Link de verificación -> http://www.personeriabogota.gov.co/antecedentes-disciplinarios**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

## Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

**La Policía Nacional de Colombia informa:**

Que siendo las 09:57:45 horas del 22/01/2019, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **93370765**

Apellidos y Nombres: **BARRERO VILLALOBOS ALEXANDER**

**NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES**

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Avenida el Dorado N° 75 - 25
Barrio Modelia. Bogotá DC
Atención administrativa de lunes a viernes de 8:00 am - 12:00 pm y 2:00 pm - 5:00 pm
Línea de Atención al Ciudadano - Bogotá D.C. 5159700 / 30555
Resto del país: 018000 910 112
Requerimientos ciudadanos 24 horas
E-mail: lineadirecta@policia.gov.co.

BBVA

# A QUIEN INTERESE

Nos permitimos certificar que ALEXANDER BARRERO VILLALOBOS , Identificado(a) con CEDULA CIUDADANIA No. 93,370,765 es cliente de nuestra sucursal desde el pasado 01 DE FEBRERO DE 1991 y se encuentra vinculado a través de la cuenta DE AHORROS No. 083 054130 , la cual se encuentra vigente y hasta la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide el 17 DE AGOSTO DE 2016 , con validez para el territorio Colombiano.

Atentamente,

BBVA
SUCURSAL TUNAL

AUXILIAR

**Sucursal TUNAL**
**BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA"**

Scanned by CamScanner