

Arbeláez, Mayo de 2026

Doctor

GUSTAVO ZAMUDIO MENDEZ

Gerente

E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ

Ciudad

REF: PROPUESTA DE PRESTACION DE SERVICIOS

De manera atenta me permito presentar a usted mi propuesta de prestación de servicios de apoyo a la gestión en el proceso de radicación de cuentas a las entidades responsables de pago de la E.S.E. Hospital San Antonio de Arbeláez y centros de salud adscritos, cumpliendo con las siguientes actividades:

1. Apoyar al Servicio de Facturación en el servicio de radicación, realizando la revisión de todas las cuentas que se radicarán ante las diferentes EPS y Aseguradoras.
2. Elaborar y presentar los informes relacionados con esa área.
3. Apoyar a la E.S.E. en el proceso de revisión de las cuentas que se radicarán, verificando los soportes de las mismas.
4. Verificar que todas las facturas de cobro, cumplan con los requisitos señalados en el marco normativo.
5. Puntear las entregas de turno separando las facturas por EPS.
6. Soportar RX, laboratorios, terapias físicas y respiratorias de las EPS médicos asociados, Famisanar, Nueva Eps y Cafesalud, etc.
7. Armar las cuentas o paquetes para enviar con sus respectivos soportes.
8. Apoyar en el proceso de auditorías internas para verificar que las cuentas de cobros tengan sus respectivos soportes.
9. Apoyar en el proceso de facturación de los servicios solicitados y ofertados por el Hospital, de acuerdo a lo establecido para cada Aseguradora o EPS.

10. Apoyar en la elaboración de los RIPS de las diferentes EAPB y demás entidades.

11. Colaborar con la organización de documentos y facturas para presentación final ante las diferentes EPS-S, S.S.C., SOAT y otros.


12. Apoyar con la recopilación de información relacionada con facturación para la presentación de informes.

13. Apoyar al área de facturación consolidando la información necesaria de cada factura a fin de que sea soportada de acuerdo a los lineamientos manejados con las aseguradoras.

14. Consolidar y preparar los informes que deban presentarse en forma periódica a otras entidades previo el aval de la coordinación de Facturación.

No siendo otro el motivo de la presente;

Cordialmente,



BRAYAN MAURICIO SIERRA DICELIS.
C.C. N° 1.003.614.161 de Arbeláez



BRAYAN MAURICIO SIERRA DICELIS

EXPERIENCIA

PERFIL

Me considero una persona responsable, comprometida y proactiva. La cual estoy constantemente indagando, preguntando para obtener un auto aprendizaje y así poder desarrollar mejor mis funciones, así también puedo ejercer mi trabajo en equipo y tener muy buena comunicación.

Soy muy puntual y organizado en todo lo que me indican, mi manejo de tecnología y atención al cliente se me da con facilidad, de igual manera la resolución de conflictos.

EDUCACIÓN

2017 Instituto educativo departamental Jhon.F.Kennedy

- Bachiller comercial

2024 Actualmente

- Politécnico Grancolombiano
- Estudiante de Ingeniería software
- CONTABILIZACIÓN DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS

REFERENCIAS

ELSY SIERRA DICELIS
3145561678
EMPLEADA DOSMETICA

JHOAN ALEJANDRO VERGARA
3163848014
EMPLEADO

☎ 3165829944

✉ brayanmdsierra99@gmail.com

📍 Dig 9 2-53, Arbeláez, Cundinamarca

1003614161

2019 FEBRERO - 2019 JULIO

ICONOS. LTA

- GUARDA DE SEGURIDAD

2020 ENERO - 2020 AGOSTO

TELCOS

- TÉCNICO INSTALACIONES Y TRASLADOS.
- AUXILIAR DE INSTALACIONES.
- TÉCNICO DE INSTALACIONES.

OMAR CRISTANCHO

2020 SEPTIEMBRE - 2021 JULIO

TABASCO.

- TÉCNICO DE INSTALACIONES Y TRASLADOS
- MANTENIMIENTOS POST VENTAS
- TRASLADOS Y INSTALACIONES.

ALEXANDER PARRA

3144702958

2021 AGOSTO - 2022 ENERO

INVERSIONES 3A

- TÉCNICO INSTALACIÓN FIBRA ÓPTICA

JHON BETANCUR

3186504314

ENERO2023-JUNIO2025

TABASCO. OC

- TÉCNICO INSTALACIONES TRASLADOS POST VENTAS Y MANTENIMIENTOS.
- YUDI ESCOBAR
323 2396691

HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ

23 DE OCTUBRE DE 2025 - 31 OCTUBRE DE 2025

- APOYO DE RADICACION Y ARMADO DE CUENTAS
- APOYO EN FACTURACION

HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ

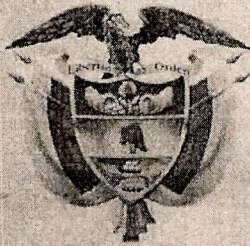
19 DE NOVIEMBRE DE 2025 - 30 NOVIEMBRE DE 2025

- APOYO DE RADICACION Y ARMADO DE CUENTAS
- APOYO EN FACTURACIONHOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ
- 12 DE DICIENMBRE DE 2025 - 31 DICIEMBRE DE 2025
- APOYO DE RADICACION Y ARMADO DE CUENTAS
- APOYO EN FACTURACION

HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ

06 DE ENERO DE 2026 - 31 MARZO 2026

- APOYO DE RADICACION Y ARMADO DE CUENTAS
- APOYO EN FACTURACION



La República de Colombia

El Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre la

Institución Educativa Departamental John F. Kennedy

Jornada Mañana
Arbeláez - Cundinamarca

Aprobado por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, según Resolución de Reconocimiento No. 002396 del 28 de junio de 2004, Resolución de Reconocimiento y Ampliación del servicio No. 05657 del 22 de agosto de 2008 y Resolución de Integración No. 003545 del 24 de mayo de 2010.

Confiere a

Bryan Mauricio Sierra Dixelis
C.C. 1.003.614.161 de Arbeláez

El Título de

Bachiller Comercial

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica con especialidad en Comercio - Artículo 28 de la Ley 115 de 1994 - Según los planes y programas vigentes.



Ej. Héctor Alfonso Quevedo Ramos
C.C. 2.963.514 de Arbeláez
Rector

Ing. Willington Fernando Ortiz Corra
C.C. 2.963.837 de Arbeláez
Secretario Ejecutivo

Libro de Registro N° 1 Acta No. 098 Faltos N° 188 al 193

Dado en Arbeláez - Cundinamarca, a los 01 días del mes de diciembre de 2017.

No se requiere registro de la Secretaría de Educación, según decretos 921 del 6 de mayo de 1994, expedido por el Ministerio de Educación Nacional y 2150 del 5 de diciembre de 1995, de la Presidencia de la República.



ACTA INDIVIDUAL DE GRADO



INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL JOHN F. KENNEDY

JORNADA MAÑANA
AV. 7a N°9 - 101.
Arbeláez - Cundinamarca

Registro de firmas ante la Secretaría de Educación
de Cundinamarca. Acta 573 Folio 286 09/09/2008

125053000018
INSCRIPCIÓN DANE

En la ciudad de Arbeláez - Cundinamarca, al primer (01) día del mes de diciembre del año 2017, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado los suscritos Rector y Secretario, en la Rectoría de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEPARTAMENTAL JOHN F. KENNEDY, aprobada hasta el grado once en el nivel de Educación Media Técnica con Especialidad en Comercio, autorizada por la Secretaría de Educación de Cundinamarca, para otorgar el Título de BACHILLER COMERCIAL, según Resolución de Reconocimiento N° 002396 del 28 de junio de 2004, Resolución de Reconocimiento y Ampliación del Servicio N° 05657 del 22 de agosto de 2008 y Resolución de Integración N° 003545 del 24 de mayo de 2010.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al nivel de EDUCACIÓN MEDIA TÉCNICA CON ESPECIALIDAD EN COMERCIO, se procedió a otorgar el Título de BACHILLER COMERCIAL, a los graduandos cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relaciona a continuación:

Brayan Mauricio Sierra Dicelis

C.C. 1.003.614.161 de Arbeláez

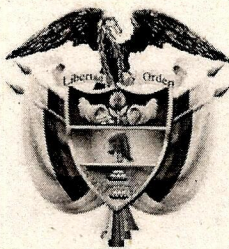
Es fiel copia tomada del acta Original General N° 098 Folios N° 188 -193 del 01 de diciembre de 2017 consta de 35 estudiantes; comienza con el nombre de ACERO VARGAS YINA VALENTINA y termina con el nombre de VERGARA SIERRA LEIDY CAROLINA. Firmada por LIC. HÉCTOR ALFONSO QUEVEDO RAMOS (Rector) y WILLINGTON FERNANDO ORTIZ CORREA (Secretario Ejecutivo).

Dada en la Institución Educativa Departamental JOHN F. KENNEDY de Arbeláez, Cundinamarca a los 01 días del mes de diciembre de 2017.

LIC. HÉCTOR ALFONSO QUEVEDO RAMOS
C.C. 2.963.514 de Arbeláez
Rector

ING. WILLINGTON FERNANDO ORTIZ CORREA
C.C. 2.965.837 de Arbeláez
Secretario Ejecutivo

No requiere registro de la Secretaría de Educación, según decretos 921 del 6 de mayo de 1994 y 2150 del 5 de diciembre de 1995 de la Presidencia de la República.



Libertad y orden

REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento de la Ley 119 de 1994 y en atención a que

BRAYAN MAURICIO SIERRA DICELIS

Con Cedula de Ciudadania No. 1.003.614.161

*Cursó y aprobó el programa de Formación Profesional Integral
y cumplió con las condiciones requeridas por la entidad, le confiere el*

Título de

**TÉCNICO EN
CONTABILIZACIÓN DE OPERACIONES
COMERCIALES Y FINANCIERAS**

*En testimonio de lo anterior, se firma el presente Título en Arbelaez,
a los veintidos (22) días del mes de noviembre de dos mil diecisiete (2017)*

Firmado Digitalmente por
JIMMY GONZALO MALDONADO NOVOA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JIMMY GONZALO MALDONADO NOVOA
SUBDIRECTOR DE CENTRO CENTRO AGROECOLOGICO Y EMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

35284019 - 22/11/2017

No y FECHA REGISTRO



REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO AGROECOLOGICO Y EMPRESARIAL

ACTA DE GRADO

No Y FECHA REGISTRO 35284019 - 22/11/2017

EL SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

CONSIDERANDO

Que: BRAYAN MAURICIO SIERRA DICELIS, Con Cedula de Ciudadania No. 1.003.614.161

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE LOS REQUISITOS ACADÉMICOS EXIGIDOS POR EL SENA, RESUELVE OTORGARLE EL TÍTULO DE:

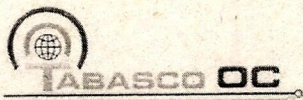
TÉCNICO EN CONTABILIZACIÓN DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS

En constancia de lo anterior se firma la presente en Arbelaez, a los veintidos (22) días del mes de noviembre de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
JIMMY GONZALO MALDONADO NOVOA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

JIMMY GONZALO MALDONADO NOVOA
SUBDIRECTOR DE CENTRO CENTRO AGROECOLOGICO Y EMPRESARIAL
REGIONAL CUNDINAMARCA

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web <http://certificados.sena.edu.co>, bajo el número 9510001148221CC1003614161A.



RH-NOM-2024-01

**EL ÁREA DE GESTIÓN HUMANA DE TABASCO OC LLC SUCURSAL
COLOMBIA CON NIT 900.375.325 - 2**

CERTIFICA

Que el señor(a) **SIERRA DICELIS BRAYAN MAURICIO** con cédula de ciudadanía número **1003614161**, laboró para nuestra compañía desde el **19 de enero del 2023** hasta el **27 de junio del 2025** desempeñando al momento de su retiro el cargo de **TÉCNICO DE INSTALACIONES Y TRASLADOS BIDIRECCIONAL/UNIDIRECCIONAL**.

La presente se expide a solicitud del interesado en la ciudad de FUSAGASUGÁ, el día 27 de junio del 2025.

Cordialmente,



GESTIÓN HUMANA

YUDITH ESCOBAR RODRIGUEZ
Asistente de Gestión Humana

TABASCO OC LLC SUCURSAL COLOMBIA
Calle 23 N° 62 A - 33, Barrio La Venta
Tel: (57 1) 3232396691
Fusagasugá - Cundinamarca

TABASCO OC, LLC

CERTIFICACIÓN MEDICA OCUPACIONAL

31/10/2025

CIUDAD: FUSAGASUGÁ

DATOS DEL TRABAJADOR, CONTRATISTA O ASPIRANTE

Nombre: Brayan Mauricio Sierra Dicelis.
Identificación: CC 1003614161.

Edad: 26 AÑOS
Género: M



Cargo: AUXILIAR ADMINISTRATIVO.

Área: Administrativa

NOMBRE DE LA EMPRESA:

ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELÁEZ. Nit. 890680031-4

TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL REALIZADO:

Pre ocupacional:	Curso de alturas:	Periódico:	Pos incapacidad:
Ingreso: X	Cambio de Ocupación:	Egreso o Retiro:	OTRO: AFILIACIÓN ARL:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS Para Ingreso con énfasis: Osteomuscular y músculo esquelético normales. Reflejos Osteotendinosos normales. Equilibrio y coordinación motriz en rango normal. Cardiovascular normal. Visiometría competente para el cargo.

CONCEPTO PARA EXAMENES DE INGRESO O PERIODICOS

Descripción	SI	NO	NO APLICA	APLAZADO
Limitaciones o restricciones		X		
Cumple con los requisitos de salud para Alturas			X	

Descripción de la restricción: NINGUNA

DESCRIPCION PARA TODOS LOS EXÁMENES INCLUYENDO LOS DE EGRESO

Sospecha o detección de:	SI	NO	EN ESTUDIO
Accidente de trabajo no reportado		X	
Enfermedad Laboral		X	
Enfermedad Común		X	
Enfermedad agravada por el trabajo		X	
Secuelas de accidente laboral		X	

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual	X	Auditivo	X	Conserva. Voz		Cardiovascular		Psicosocial		Ergonómica	X	Mecánico		Biológico	
--------	---	----------	---	---------------	--	----------------	--	-------------	--	------------	---	----------	--	-----------	--

REMISIONES: NINGUNA.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: 1. Utilizar EPPP 2. Pausas activas 3. Ingesta regular de agua 4. Higiene postural 5. Atender normas de bioseguridad 6. Por su EPS: Visual periódico, tamizaje de rutina anual, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.

CONCEPTO: APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES

Julia Hernández Vergara
Dra. Julia Hernández Vergara
ESP. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
UNIVERSIDAD MARCELA BELTRAN

Dra. Julia Hernández Vergara
RES. 25-0779 / CC 32624309

Consentimiento informado del asistente o Trabajador.

Yo Brayan Mauricio Sierra Dicelis.

Identificado con CC 1003614161.

Autorizo al profesional en mención a que me realice de manera voluntaria el examen Médico ocupacional, exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de este examen y/o complementarios necesarios y referenciados en este documento; Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgo. Certifico que la información que he suministrado es verdadera y completa. Acepto el manejo de confidencialidad que esta entidad dé a la misma. Autorizo que la información recopilada pueda ser utilizada para la implementación de los sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas y la realización de los estudios de investigación con fines científicos. Se suministra la información necesaria a las personas o entidades competentes en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo (SG-SST) Decreto 1443 de 2014.

En Constancia Firmo _____

A los 31 días del mes de OCTUBRE del año 2025

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD



ID: 26feb3cc-acfa-4d49-aa0-61010ced2c299

Nombres y apellidos / Full name

BRAYAN MAURICIO SIERRA DICELIS

Tipo de identificación / ID Type

CÉDULA DE CIUDADANÍA

Número de identificación / ID Number

1 0 0 3 6 1 4 1 6 1

Fecha de nacimiento / Date of birth

07/04/1999

País nacimiento / Country of birth

COLOMBIA

Número de contacto (móvil) / Phone number

NO REGISTRA

Correo electrónico / e-mail

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna	Dosis	Fecha de aplicación			Laboratorio	Número de Lote	IPS Vacunadora	Nombres y apellidos del vacunador
		Date of vaccination						
Vaccine	Doses	Día	Mes	Año	Laboratory	Vaccine Batch	Administering Center	Full name Vaccinator
		Day	Month	Year				
BCG	Única	21	05	1999		SERUM	ARBELAEZ ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	YOLANDA RINCON
Hepatitis B Pediátrica	Adicional	21	05	1999		SERUM	ARBELAEZ ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	YOLANDA RINCON
Anti Polio Inactivo (VIP)	Primera	12	07	1999		SERUM	ARBELAEZ ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	MARIA TERESA GUTIERREZ BETANCOURT
DPT	Primera	12	07	1999		SERUM	ARBELAEZ ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	MARIA TERESA GUTIERREZ BETANCOURT
Anti Polio Oral (VOP)	Segunda	13	09	1999		serum	ARBELAEZ ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	MARIA TERESA GUTIERREZ BETANCOURT
DPT	Segunda	13	09	1999		serum	ARBELAEZ ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	MARIA TERESA GUTIERREZ BETANCOURT
Anti Polio Oral (VOP)	Tercera	28	10	1999		serum	ARBELAEZ ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	MARIA TERESA GUTIERREZ BETANCOURT
DPT	Tercera	28	10	1999		serum	ARBELAEZ ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	MARIA TERESA GUTIERREZ BETANCOURT
Triple Viral	Primera	16	05	2000		serum	ARBELAEZ ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	MARIA TERESA GUTIERREZ BETANCOURT
Anti Polio Oral (VOP)	Primer Refuerzo	13	10	2000		serum	ARBELAEZ ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	MARIA TERESA GUTIERREZ BETANCOURT
DPT	Primer Refuerzo	13	10	2000		ARBELAEZ ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	ARBELAEZ ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	MARIA TERESA GUTIERREZ BETANCOURT
Triple Viral	Refuerzo	24	04	2004		SERUM	ARBELAEZ ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	MARIA TERESA GUTIERREZ BETANCOURT
Anti Polio Oral (VOP)	Segundo Refuerzo	24	04	2004		serum	ARBELAEZ ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	MARIA TERESA GUTIERREZ BETANCOURT
DPT	Segundo Refuerzo	24	04	2004		serum	ARBELAEZ ESE HOSPITAL SAN ANTONIO	MARIA TERESA GUTIERREZ BETANCOURT

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema de Información PAWEB del Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministry of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from PAWEB, according to the Wide Program of Immunization - PAI (by its acronym in Spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.



FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Sierra		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Dicelis		NOMBRES Brayan Mauricio	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1003614161			GÉNERO F <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> NB <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL. <input type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> PAÍS
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input checked="" type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/>		NÚMERO 1003614161		D.M. 51	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA		
FECHA DÍA <input type="text" value="07"/> MES <input type="text" value="04"/> AÑO <input type="text" value="1999"/>					
PAÍS			PAÍS		
DEPTO			DEPTO		
MUNICIPIO			MUNICIPIO		
			TELÉFONO		
			EMAIL brayanmdsierra99@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 BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO		EDUCACION MEDIA	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2017

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

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

3

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO
DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) TR_DES (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

4

IDIOMAS

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

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

5

EXPERIENCIA LABORAL

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

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE											
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO ARBELÁEZ				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 0			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO				
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYA A FACTURACION			DEPENDENCIA "FACTURACION"				DIRECCIÓN CALLE 7 7 48				
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR											
EMPRESA O ENTIDAD TABASCO				PÚBLICA		PRIVADA X		PAÍS COLOMBIA			
DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA			MUNICIPIO FUSAGASUGÁ				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD				
TELÉFONOS 3232396691			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO				
CARGO O CONTRATO ACTUAL "TECNICO"			DEPENDENCIA AREA DE TELECOMUNICACIONES				DIRECCIÓN CALLE 42A 64 45				

6

EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE											
INSTITUCIÓN EDUCATIVA				PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS			
DEPARTAMENTO			MUNICIPIO				CORREO ELECTRÓNICO				
TELÉFONOS			FECHA DE INGRESO				FECHA DE RETIRO				
AREA DE CONOCIMIENTO			NIVEL EDUCATIVO				DIRECCIÓN				

FORMATO COMPLETO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

7

TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

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

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	7
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	2	0
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0


8

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI NO 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 FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____


FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

9

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

Tipo de declaración Fecha de publicación

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
BRAYAN	MAURICIO	SIERRA	DICELIS

Documento de identificación
Tipo Número

Lugar de nacimiento
País Departamento Municipio

Lugar de domicilio
País Departamento Municipio

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje

Lugar de sede
País Departamento Municipio

Dirección

Cargo o función que cumple

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	\$0,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	\$0,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí No

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí No

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

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí No

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

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí No

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí No

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento Número

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí No

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí No

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí No

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí No

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí No

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí No

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:

- > Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
- > Establecimientos que posee.
- > Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
- > Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.003.614.161

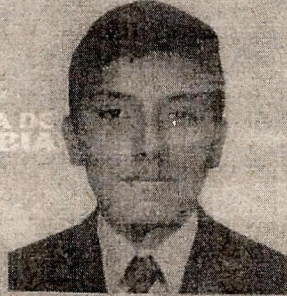
SIERRA DICELIS

APELLIDOS

BRAYAN MAURICIO

NOMBRES


FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-ABR-1999

ARBELAEZ
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78

O+

M

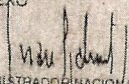
ESTATURA

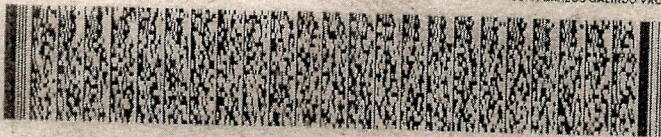
G.S. RH

SEXO

27-JUN-2017 ARBELAEZ

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHÍA



P-1501600-00942071-M-1003614161-20171003

0057715035A 3

48775067



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 jueves 21 de mayo de 2026, a las 10:20:58, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1003614161
Código de Verificación	1003614161260521102058

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



Bogotá DC, 21 de mayo del 2026

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) BRAYAN MAURICIO SIERRA DICELIS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1003614161:

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 Política 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>

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamento 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.



Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La **Policia Nacional de Colombia** informa:

Que siendo las 10:22:53 AM horas del 21/05/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía N° **1003614161**

Apellidos y Nombres: **SIERRA DICELIS BRAYAN MAURICIO**

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: dijm.ataic@policia.gov.co



Presidencia de la República



Ministerio de Defensa Nacional



Portal Único de Contratación



GOV.CO

Todos los derechos reservados.

**CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR
DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS**

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:27:16 horas del 21/05/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1003614161**,
Apellidos y Nombres **SIERRA DICELIS BRAYAN MAURICIO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **HOSPITAL SAN ANTONI DE ARBELAEZ**, con NIT **890680031-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

<https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta>

Medellin, 21 de mayo de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **BRAYAN MAURICIO SIERRA DICELIS** con documento de identidad **C1003614161**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **BRAYAN MAURICIO SIERRA DICELIS** con NIT **C1003614161**.

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
2025-11-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES	PRINCIPAL CUNDINAMARCA	00000000 01	3	2.436	EN COBERTURA

- Medellín 604 4444578
- Bogotá 601 4055911
- Cali 602 3808938
- Pereira 606 3138400

- Manizales 606 8811280
- Bucaramanga 607 6917938
- Cartagena 605 6424938
- Barranquilla 605 3197938

- Líneas de atención 01 8000 511 414 6 01 8000 941 414
- Línea de conciliación ARL 3103157562
- sura.co/arl

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES CESANTÍAS Y DEL COMPONENTE
COMPLEMENTARIO DE AHORRO INDIVIDUAL PORVENIR S.A.**

En condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.144.331 - 3

CERTIFICA QUE:

BRAYAN MAURICIO SIERRA DICELIS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.614.161**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** desde el 08 de marzo de 2019.

La presente certificación se expide el 21 de Mayo del 2026.

Cordialmente,



Gerente de Clientes

En Porvenir nos transformamos pensando en tu comodidad, por esto, ponemos a tu disposición los canales digitales para que consultes y obtengas la información de tus productos.



App Porvenir | www.porvenir.com.co

SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 122085297 , con fecha de apertura 29 de Febrero de 2024 , de la cual es titular:

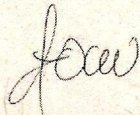
El (la) señor(a): BRAYAN MAURICIO SIERRA DICELIS
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.003.614.161

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.



La presente se expide a solicitud del interesado a los 20 días del mes de Mayo de 2026 .

Cordialmente,



Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatria S.A.
www.scotiabankcolpatria.com

 Scotiabank  COLPATRIA



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

01092026

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de trámite, 2. Tipo de Afiliación, 3. Régimen, 4. Contribución solidaria, 5. Tipo de afiliado, 6. Tipo de cotizante, 7. Código

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres, 9. Tipo de documento de identidad, 10. Número del documento de identidad, 11. Sexo biológico, 12. Sexo identificación, 13. Nacionalidad, 14. Lugar de nacimiento, 15. Fecha de nacimiento

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia, 17. Comunidad, 18. Discapacidad, 19. Tiene encuesta SISBÉN, 20. Clasificación SISBÉN, 21. Grupo de población espacial, 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL, 23. Administradora de Pensiones, 24. Ingreso base de cotización - IBC, 25. Tarifa contribución solidaria, 26. Residencia, 27. Teléfono fijo

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres, 28. Tipo de documento de identidad, 29. Número del documento de identidad, 30. Sexo biológico, 31. Sexo identificación, 32. Nacionalidad, 33. Lugar de nacimiento, 34. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres, 36. Tipo de documento de identidad, 37. Número del documento de identidad, 38. Nacionalidad, 39. Sexo biológico, 40. Sexo identificación, 41. Lugar de nacimiento, 42. Fecha de nacimiento

Datos complementarios del beneficiario

43. Parentesco, 44. Etnia, 45. Comunidad, 46. Grupo de población especial, 47. Tipo encuesta SISBÉN, 48. Clasificación SISBÉN, 49. Discapacidad, 50. INCAPACIDAD PERMANENTE

51. Datos de residencia

Departamento, Municipio / Distrito, Zona, Cabecera Municipal, Rural Disperso, Centro Poblado, Resto Rural, Teléfono fijo y/o celular, 52. Valor de la UPC del afiliado adicional, Dirección, Localidad / Comuna, Correo electrónico

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)

B1 Centro medico colsubsidio
B2 Fusagasujay
B3
B4
B5

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social Sierra Dcelis Brayan Mauricio
56. Tipo de documento de identificación CE
57. Número del documento de identificación 1003614161
58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) Cund Fusaga
59. Ubicación Calle 25 A # 23 B 186 Teléfono 3165829944

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad
1. Modificación de datos básicos de identificación 2. Corrección de datos básicos de identificación 3. Actualización del documento de identidad 4. Actualización y corrección de datos complementarios 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código 6. Reporte de pago a través de un tercero Código 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando 11. Inactivación EPS retorno al país 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado 15. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen 16. Reporte de fallecimiento del Colizante o Cabeza de familia 17. Reporte del trámite de protección al cesante 18. Reporte de la calidad de Pro-pensionado 19. Reporte de la calidad de Pensionado 20. Ingreso a Contribución Solidaria 21. Retiro de Contribución Solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación
Tipo de documento de identidad Número del documento de identidad 62. Sexo biológico 63. Sexo Identificación 64. Fecha de nacimiento D | D | M | M | A | A | A | A | A | A
65. EPS anterior 66. Fecha de novedad D | D | M | M | A | A | A | A | A | A
67. Motivo de traslado Código 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
72. Declaración de no interacción del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria
Apellidos y nombres
Primer Apellido Segundo Apellido Primer nombre Segundo nombre
Tipo de documento de identidad Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad: CN RC TI CC PA CE CD SC TOTAL ANEXOS 1
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio Código del departamento 93. Nombre de la institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres Rojas Lozada Dayana
Tipo de documento de identidad Número del documento de identidad 95. Firma del funcionario Dayana Rojas I
96. Fecha de radicación D | D | M | M | A | A | A | A | A | A 97. Fecha de validación D | D | M | M | A | A | A | A | A | A
OBSERVACIONES: Independiente 16246

Reconoce que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

- ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? SI NO
- ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? SI NO
- ¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente? SI NO
- ¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS? SI NO
- ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS? SI NO
- ¿Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S. el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico? SI NO

Firma del Afiliado: 

Nombres y Apellidos: Bryan Mauricio Serra Diez Identificación: 100364161

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en www.famisanar.com.co, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

"Datos sensibles: se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS – LEY 1805 DE 2016

De acuerdo con lo definido en el artículo 4 de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI NO

Firma del Afiliado: 

Nombres y Apellidos: Bryan Mauricio Serra Diez Identificación: 100364161

Artículo 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informando para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) ocho horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor (a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.
Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos: _____
Identificación: _____
Edad: _____
de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella



FORMATO PARA EL CONOCIMIENTO DEL CLIENTE O CONTRAPARTE - PERSONA NATURAL

CODIGO: 201701-F-CI-02

VERSION: 1

SISTEMA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACION DEL TERRORISMO (SARLAFT)

FECHA: 21/05/2026 CIUDAD: ARBELAEZ DEPARTAMENTO: CUNDINAMRACA

Distinguido Cliente: Con el diligenciamiento de este formulario nos permitirá 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 realización de este proceso es de carácter obligatorio para la ESE San Antonio de Arbeláez, como entidad sometida al Control y Vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, y forma parte de las Políticas de la Entidad enmarcadas dentro del Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

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

PROVEEDOR PARTICULAR CONTRATISTA OPS SERVIDOR PUBLICO OTRO CUAL:

1. DATOS DE LA PERSONA NATURAL

PRIMER APELLIDO: SIERRA SEGUNDO APELLIDO: DICELIS PRIMER NOMBRE: BRAYAN SEGUNDO NOMBRE: MAURICIO

TIPO DE IDENTIFICACION (Marcar con X): C.C. C.E. R.C. NUIP No IDENTIFICACION: 1.003.614.161 LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento): ARBELAEZ CUNDINAMARC FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA): 27/06/2017

PASAPORTE OTRO CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA? SI NO

FECHA NACIMIENTO DD-MM-AAAA: 07/04/1999 LUGAR NACIMIENTO (Ciudad/Municipio/Departamento): ARBELAEZ CIUNDINAMARCA PAIS NACIMIENTO: COLOMBIA NACIONALIDAD: COLOMBIANA

ESTADO CIVIL (Marcar Con X): SOLTERO(A) CASADO(A) DEVORCIADO(A) UNION LIBRE VIUDO(A) PERSONAS A CARGO: 2 NUMERO DE HIJOS: 0 TELEFONO FIJO/ CELULAR: 0

NIVEL DE ESTUDIOS / FORMACION ACADEMICA (Marcar con X): PRIMARIA BACHILLER TECNICO TECNOLOGO UNIVERSITARIO POSTGRADO MAGISTER OTRO CUAL: CONTABILIZACION DE OPERACIONES Y FINANZAS APOYO AREA DE FACTURACION, REVISION DE CUENTAS

DIRECCION RESIDENCIA: DIAGONAL 9B 2-53 BARRIO SAN RAFAEL CIUDAD RESIDENCIA: ARBELAEZ DEPARTAMENTO: CUNDINAMRACA PAIS RESIDENCIA: COLOMBIA TELEFONO RESIDENCIA: 3165829944

CORREO ELECTRONICO DE CONTACTO: brayanmdsierra99@gmail.com PORTAL O PAGINA INTERNET: TIPO DE VIVIENDA (Marcar con X): PROPIA FAMILIAR ARRENDADA

DIRECCION ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO (SI tiene): CIUDAD: DEPARTAMENTO: PAIS: TELEFONO/FAX:

2. DATOS DEL CONYUGE

PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DE IDENTIFICACION (Marcar con X): C.C. C.E. R.C. NUIP NUMERO IDENTIFICACION: LUGAR EXPEDICION (Ciudad/Municipio/Departamento): FECHA EXPEDICION (DD-MM-AAAA):

PASAPORTE OTRO CUAL: ES RESIDENTE EN COLOMBIA: SI NO NACIONALIDAD:

3. INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONOMICA (Marcar con X):

ASALARIADO CONTRATISTA PENSIONADO ESTUDIANTE SOCIO PROFESIONAL INDEPENDIENTE HOGAR COMERCIANTE EMPLEADO SOCIO EMPLEADO PUBLICO OTRA: CUAL:

INFORMACION TRIBUTARIA RESPONSABLE: DECLARA RENTA SI NO IVA SI NO ICA SI NO CODIGOS C I I U ACTIVIDAD ECONOMICA (DIGITAR CODIGO) PRINCIPAL: 7490 SECUNDARIA:

GRAN CONTRIBUYENTE SI NO AGENTE RETENEDOR SI NO AGENTE AUTORETENEDOR SI NO

FUNCIONARIO PUBLICO SI NO ADMINISTRA RECURSOS PUBLICOS SI NO NOMBRE EMPRESA O NEGOCIO DONDE LABORA O DESARROLLA ACTIVIDAD ECONOMICA: E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ NIT: 890680031-4

ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA DONDE LABORA GOBIERNO COMERCIAL SERVICIOS SALUD ENERGIA ALIMENTOS EXPORTACIONES FINANCIERA MEDICAMENTOS AGROPECUARIA INDUSTRIAL TECNOLOGIA OTRA:

DIRECCION DE LA EMPRESA: CALLE 7 # 8-48 TELEFONO FIJO/CELULAR: 0 CIUDAD/MUNICIPIO: ARBELAEZ DEPARTAMENTO: CUNDINAMRACA PAIS: COLOMBIA

CARGO ACTUAL: APOYO AL AREA DE RADICACION DE CUENTAS FECHA VINCULACION (DD-MM-AAAA): 10/10/2025

4. SOLO PARA INDEPENDIENTES O EMPLEADO SOCIO

NUMERO DE EMPLEADOS	VENTAS ANUALES	CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL	DESCRIPCION ACTIVIDAD	FECHA CONSTITUCION (DD-MM-AAAA)	TIPO SOCIEDAD

5. INFORMACIÓN FINANCIERA (PESOS \$)

INGRESOS MENSUALES		EGRESOS MENSUALES		ACTIVOS		PASIVOS	
SALARIOS	1,727,564	GASTOS FAMILIARES	880,000	AHORROS		SALDO HIPOTECA	
HONORARIOS		ARRIENDOS	550,000	INVERSIONES		TARJETAS DE CREDITO	
ARRIENDOS		CUOTA VEHICULO		VEHICULOS		DEUDA VEHICULOS	

COMISIONES		CUOTA VIVIENDA		PROPIEDADES		DEUDAS TERCEROS	
OTROS INGRESOS*		OTROS EGRESOS*	280,000	OTROS ACTIVOS*		OTROS PASIVOS*	
TOTAL INGRESOS	1,727,564	TOTAL EGRESOS	1,710,000	TOTAL ACTIVOS	0	TOTAL PASIVOS	0
DESCRIPCION OTROS INGRESOS		DESCRIPCION OTROS EGRESOS		DESCRIPCION OTROS ACTIVOS		DESCRIPCION OTROS PASIVOS	

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
GORDILLO	GUTIERREZ	FABIO	ARMANDO
DIRECCION	CIUDAD/DEPARTAMENTO/PAIS	TIPO RELACION	TELEFONO FIJO Y / O EXTENSION/CELULAR
BARRIO MANILA	FUSAGASUGA CUNDINAMARCA	AMIGO	3156446664

7. REFERENCIA FINANCIERA

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	SUCURSAL	TELEFONO

MANIFIESTA REALIZAR OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA: (Marcar con X) SI NO

NOMBRE ENTIDAD	TIPO DE PRODUCTO	NUMERO	CIUDAD/PAIS	MONEDA	MONTO

IMPORTACION EXPORTACION TRANSFERENCIA PAGO SERVICIOS - PRESTAMO OTRO CUAL:

8. INFORMACION COMERCIAL (Marcar con X)

POR QUE MEDIO O CANAL CONOCIO SOBRE LOS SERVICIOS DE LA ESE SAN ANTONIO ARBELAEZ OTRA <input type="checkbox"/> CUAL:	CORRESPONDENCIA <input type="checkbox"/>	PUBLICIDAD ENTIDAD <input type="checkbox"/>	MERCADEO <input type="checkbox"/>	INTERNET <input type="checkbox"/>	BASE DE DATOS <input type="checkbox"/>	EVENTOS <input type="checkbox"/>
	REFERENCIADO CLIENTE NUEVO <input type="checkbox"/>	REFERENCIADO CLIENTE ANTIGUO <input type="checkbox"/>	INVITACION A COTIZAR <input type="checkbox"/>	PORTAL WEB ESE <input type="checkbox"/>	LLAMADA TELEFONICA <input type="checkbox"/>	PORTALES EMPLEO <input type="checkbox"/>

9. 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 aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuentes de fondos a la ESE San Antonio de Arbeláez 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 entregará a la ESE San Antonio de Arbeláez provienen de las siguientes fuentes (detalle, ocupación, profesión, negocio, etc.):

TRABAJO COMO CONTRATISTA DE E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ COMO APOYO AL AREA DE FACTURACION

- Que estos bienes no provienen de ninguna actividad ilícita contemplada en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemento o modifique)
- No admitiré que terceros entreguen recursos en mi nombre provenientes de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000 o cualquier norma que la adicione, complemento o modifique), ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas.
- Así mismo declaro que los recursos que reciba de parte de la ESE San Antonio de Arbeláez se destinarán a actividades lícitas.
- Informaré inmediatamente cualquier circunstancia que modifique la presente declaración, una vez tenga conocimiento de la misma.
- Cuando a ello haya lugar, autorizo a la ESE San Antonio de Arbeláez dar inicio a la liquidación del (los) Contrato (s) que me vincule (n) con la ESE San Antonio de Arbeláez 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, modifiquen las declaraciones por mí efectuadas, eximiendo por lo tanto a la ESE San Antonio de Arbeláez 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.
- Me comprometo y obligo a actualizar al menos una vez cada año los datos e información que fueren requeridos por la ESE San Antonio de Arbeláez.

10. DOCUMENTOS REQUERIDOS

Asalariado: Certificación laboral no mayor a 30 días 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 días 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 legible de la tarjeta profesional del Contador Público.
Socios Empresas: Certificado de existencia y representación legal o documento donde conste la calidad de socio + extractos bancarios de los últimos tres meses + declaración de renta si es declarante

- Original Certificado de Existencia y Representación Legal con vigencia no superior a noventa (90) días, expedido por la Cámara de Comercio.(Para Comerciantes)
 - Fotocopia del Registro Único Tributario RUT.
 - Fotocopia del documento de identificación, ampliada al 150%.
 - Fotocopia Declaración de Renta del último periodo gravable declarado (si esta obligado a declarar)
 - Estados Financieros del último año, expedidos de conformidad con las normas vigentes, certificados y/o dictaminados según sea el caso.(Obligados a llevar contabilidad)
- APODERADO:** Adjunta poder debidamente firmado con reconocimiento ante Notario Público.
NOTA: Todos los conceptos de ingreso deben estar debidamente soportados. (Arrendamientos, venta activos, herencias, legados, donaciones, etc.)

11. AUTORIZACIÓN REPORTE Y CONSULTA A LAS CENTRALES DE RIESGO. AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA REPORTAR,CONSULTAR Y COMPARTIR INFORMACIÓN CONTENIDA EN LAS BASES DE DATOS FINANCIERA, CREDITICIA, COMERCIAL, DE SERVICIOS, DE LAS ENTIDADES DE VIGILANCIA Y CONTROL DEBIDAMENTE FACULTADAS Y LA PROVENIENTES 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 Superintendencia Nacional de Salud y los estándares internacionales para la Prevención y el Control del Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. Que conforme a los dispuesto en el literal b) del artículo 2 de la Ley 1581 de 2012, las disposiciones que buscan la protección de datos personales y que se encuentran contenidos en dicha disposición, no son aplicables a las bases de datos y archivos que tengan por finalidad la prevención, detección, monitoreo y control del lavado de activos y el financiamiento del terrorismo, por lo que en principio su utilización no requeriría de una autorización de su titular, la cual proviene de la Ley.
3. Que los datos personales adicionales para el estudio técnico del riesgo se tratan observando las disposiciones legales vigentes.
4. Que los datos también serán tratados para fines comerciales, razón por la cual procedo a emitir la siguiente:

AUTORIZACION

Para efectos de la presente autorización, entiéndase por ESE San Antonio de Arbeláez con Nit 890680031-4, ubicada en la Calle 7ª N. 8-48, teléfono 3204680310 y/o cualquier entidad o Centros 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 Centros de Salud, debidamente habilitadas, suministramos nuestros datos para todos los fines precontractuales y contractuales que comprende las actividades de prestación de servicios de salud.

B. Que la ESE y/o Centros de Salud me han informado, expresamente:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos personales serán tratados por la ESE y/o sus Centros 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 Centros de Salud incluyendo la determinación de tarifas y análisis y selección de riesgos. c) La ejecución y el cumplimiento de contratos que celebre. d) El control y la prevención del riesgo. e) La liquidación 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 acceder a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. h) La elaboración de estudios técnicos, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y, en general estudios técnicos del sector salud. i) Envío de información relativa a encuestas de satisfacción 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 satisfacción en los servicios prestados por la ESE y/o sus centros de Atención Prestadoras de Servicios de Salud. k) Envío de información de Sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la -Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia - DIAN en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA), o a las normas que lo modifiquen y a las reglamentaciones aplicables. l) Intercambio de información en virtud de tratados y acuerdos internacionales suscritos por Colombia. m) La prevención y control de Lavado de Activos y la Financiación del Terrorismo.
2. El tratamiento podrá ser realizado directamente por citada Entidad o por los encargados del tratamiento que ella considere necesarios.

3. USUARIOS DE LA INFORMACION: Que los datos suministrados podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para la finalidades mencionadas a: a) Las personas jurídicas que tienen la calidad de asociadas o vinculadas a la ESE y/o centros de Atención 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 centros de Atención Prestadoras de Servicios de Salud, tales como call center, investigadores, compañías de asistencia médica, abogados internos y externos, entre otros. c) Los clientes y contrapartes que intervengan en el proceso de celebración, ejecución, terminación y liquidación de contratos de compra-venta de bienes y servicios. d) Las personas con las cuales la ESE y/o centros de Atención Prestadoras de Servicios de Salud adelantes gestiones de para efecto de la celebración de contratos de seguros y/o reaseguros. e) A la UIAF, Fasecolda, ya cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control de fraudes, la selección de riesgos y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como para la elaboración de estudios técnicos y estadísticos.

4. TRANSFERENCIA INTERNACIONAL DE INFORMACION A TERCEROS PAISES: Que en determinadas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de mis datos para cumplir con las finalidades del tratamiento.

5. DATOS SENSIBLES: Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán 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 capítulo 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 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 mí.

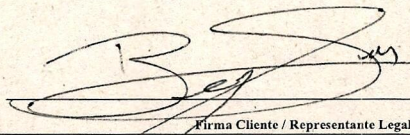
8. RESPONSABLES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LAS INFORMACION: Que los responsables del tratamiento de la información son la ESE SAN ANTONIO ARBELÁEZ y/o sus centros de Atención Prestadoras de Servicios de Salud, cuyos datos de contacto se incluyeron en el encabezado de esta autorización. En todo caso, los encargados del Tratamiento de los datos que se compartan, transfieran, transmitan, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el literal e) del numeral 3 anterior, serán: a) La ESE SAN ANTONIO ARBELÁEZ ESE y/o sus centros de Atención Prestadoras de Servicios de Salud E-mail: hsasarlaf@gmail.com y cualquier otra persona jurídica legalmente autorizada para la administración de bases de datos para efectos de la prevención y control del fraude.

9. AUTORIZACION: De manera expresa, AUTORIZAMOS el tratamiento de los datos personales incluidos los sensibles y autorizado, 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: Si desea ampliar esta información por favor visite: E-mail: hsasarlaf@gmail.com en el Link " POLITICA DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES - ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES".

11. 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 Índice Derecho

12. INFORMACION DE ENTREVISTA

13. VERIFICACION DE LA INFORMACION

1. Fecha y Hora:		2. Ciudad:		1. Fecha y Hora:		2. Ciudad:	
3. Nombre del funcionario ESE				3. Nombre y Cargo (Contraparte)			
4. Lugar de la Entrevista:				4. Lugar de la verificación:			
5. Observaciones:				5. Observaciones:			
6. Resultado de la Entrevista:	ACEPTADO <input type="checkbox"/>	RECHAZADO <input type="checkbox"/>		6. Firma y No Cédula:			
7. Firma y Cédula				7. Nombre Apellidos Funcionario ESE			
8. Proceso Responsable ESE				8. Proceso Responsable ESE			